

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

N^o

377

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

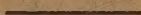
par

BOGORAZE Dimitri

né le 5 février 1905 à Alexandrowsk (Russie)



Contribution à l'étude de l'herpes gestationis



Président: M. C. JEANNIN, Professeur



STRASBOURG

Imprimerie Ch. & J. Goeller, 6 c, Place d'Austerlitz

1932

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

N°

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

par

BOGORAZE Dimitri

né le 5 février 1905 à Alexandrowsk (Russie)



Contribution à l'étude de l'herpes gestationis

Président: M. C. JEANNIN, Professeur

STRASBOURG

Imprimerie Ch. & J. Goeller, 6 c, Place d'Austerlitz

1932

LE DOYEN . . . V. BALTHAZARD

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	GREGOIRE
Physiologie	BINET
Physique médicale	STROHL
Chimie médicale	DESGREZ
Bactériologie	LEMIERRE
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN
Pathologie médicale	CLERC
Pathologie chirurgicale	LENORMANT
Anatomie pathologique	ROUSSY
Histologie	CHAMPY
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU
Thérapeutique	LOEPER
Hygiène et médecine préventive	TANON
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET
Clinique médicale	CARNOT
	BEZANCON
	ACHARD
	Marcel LABBE
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET
	CUNEO
	LEJARS
	GOSSET
Clinique ophtalmologique	TERRIEN
Clinique urologique	LEGUEU
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE
	BRINDEAU
	JEANNIN
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL
Clinique propédeutique	SERGENT
Clinique de la Tuberculose	Léon BERNARD
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE
	MULON



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE	Neurologie et Psychiâtrie
AUBERTIN	Pathologie médicale
BENARD Henri	Pathologie médicale
BROCQ	Pathologie chirurgicale
BRULE	Pathologie médicale
BUSQUET	Pharmacologie
CADENAT	Pathologie chirurgicale
CATHALA	Pathologie médicale
CHABROL	Pathologie médicale
CHAILLEY-BERT	Physiologie
CHEVALLIER	Pathologie médicale
DOGNON	Physique
DONZELOT	Pathologie médicale
ECALLE	Obstétrique
FEY	Urologie
GASTINEL	Bactériologie
GATELLIER	Pathologie chirurgicale
DE GAUDARTD'ALLAINES	Pathologie chirurgicale
GIROUD	Histologie
HARVIER	Pathologie médicale
HAZARD	Pharmacologie
HOVELCQUE	Anatomie
HUGUENIN	Anatomie pathologique
HUTINEL	Pathologie médicale
JOANNON	Hygiène
LABBE Henri	Chimie biologique
LAROCHE Guy	Pathologie médicale
LEVEUF	Pathologie chirurgicale
LEVY-VALENSI	Neuro psychiâtrie
LIAN	Pathologie médicale
MILLOT	Histologie
MONDOR	Pathologie chirurgicale
MOREAU	Pathologie médicale
MOULONGUET	Pathologie médicale
MOURE	Pathologie chirurgicale
OBERLING	Anatomie pathologique
OLIVIER	Anatomie
PIEDELIEVRE	Médecine légale
PORTES	Obstétrique
QUENU	Pathologie chirurgicale
RICHEL	Physiologie
SANNIE	Chimie biologique
SEZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur)	Pathologie médicale
VAUDESCAL	Obstétrique
VELTER	Ophtalmologie
VERNE	Histologie
VIGNES	Obstétrique

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

GUENIOT	Obstétrique
LEQUEUX	Obstétrique
LEROUX	Anatomie pathologique

MM.

NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie
RETTERRER	Histologie
ZIMMERN	Physique

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.	
ABRAMI	Clinique médicale
CHIRAY	Clinique médicale
DEBRE	Clinique médicale
DUVOIR	Clinique médicale
BASSET	Clinique chirurgicale
CHEVASSU	Clinique chirurgicale
HEITZ-BOYER	Clinique chirurgicale
MATHIEU	Clinique chirurgicale
MOCQUOT	Clinique chirurgicale
PROUST	Clinique chirurgicale
SCHWARTZ	Clinique chirurgicale
LE LORIER	Clinique chirurgicale
LEVY-SOLAL	Clinique obstétricale
METZGER	Clinique obstétricale

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
MAUCLAIRE, professeur sans chaire	} Chargé du cours de chirurgie ortho- pédique chez l'adulte pour les acci- dentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes
FREY	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Stomatologie
LEDOUX-LEBARD	Education physique
WEIL-HALLE	Radiologie clinique
	Puériculture

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR C. JEANNIN

Professeur de clinique obstétricale

Accoucheur des Hôpitaux

Chevalier de la légion d'honneur

A MONSIEUR LE DOCTEUR E. CHOME

A TOUS LES MIENS

A MES MAITRES:

Monsieur le Prof. F. WIDAL		
" le Prof. LEJARS		stage 1923—24
" le Docteur DARRE		
" le Docteur PINARD		externat 1925
" le Prof. F. WIDAL		
" le Docteur E. MAY		" 1926
" le Docteur BENS AUDE		
" le Docteur CAIN		" 1927
" le Docteur VINCENT Clovis		1928
" le Prof. Ch. LENORMANT		1929
" le Docteur WILMOTH		
" le Docteur BOULIN		
" le Prof. C. JEANNIN		1930—1931

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE L'HERPES GESTATIONIS.

Nous avons eu l'occasion d'observer au cours de notre séjour dans le service de Monsieur le Professeur Jeannin à la clinique obstétricale de la Pitié un cas d'Herpes gestationis. C'est une affection cutanée obstétricale dont la nature étiologique et pathogénique est encore très discutée. Nous n'avons pu contribuer à l'étude de ces problèmes les conditions extérieures nous en ayant empêché.

Cependant nous avons porté tous nos efforts vers l'étude systématique de la cytologie du sang et du liquide des bulles. Enfin remarquons avec tous les auteurs qui ont étudié cette affection, les difficultés que l'on rencontre du fait de sa rareté.

Qu'on nous permette ici d'exprimer à Monsieur le Professeur *C. Jeannin* toute la reconnaissance que nous lui devons de bien avoir voulu nous accueillir dans son service et de bien avoir voulu nous faire l'honneur de présider notre thèse. A Monsieur le docteur *E. Chomé* qui a bien voulu nous guider dans nos débuts d'obstétrique et de gynécologie, qui nous a inspiré et guidé dans notre thèse. Qu'il nous excuse pour tout le mal que nous lui avons donné et qu'il nous permette de lui exprimer toute la gratitude et tous les remerciements que nous lui devons.

Qu'ils veuillent accepter l'assurance de notre entier dévouement.

Observation

Il s'agit de Madame C. Marthe, âgée de 30 ans, confectieuse de couronnes mortuaires en perles, secondigeste, primipare, admise en travail à la Maternité de l'Hôpital de la Pitié le 27 septembre 1931.

A l'interrogation on apprend que les parents sont vivants, bien portants. Qu'elle a eu une sœur de quatre ans morte de méningite et un frère marié sans enfant. En dehors de ces 3 gestations la mère de la malade n'a pas eu d'autres grossesses.

Madame C. est mariée depuis 1928. Son mari, employé dans une administration de l'Etat est âgé de 34 ans; il est bien portant. Ses parents sont bien portants, il est fils unique.

La malade a été élevée au sein. Elle ignore l'âge auquel elle a fait ses premiers pas, réglée à l'âge de 12 ans, elle a eu des écoulements cathaméniaux réguliers, indolores, peu abondants durant 3 à 4 jours.

Elle a eu la rougeôle dans l'enfance, elle raconte qu'elle fait facilement des crises d'urticaire sans troubles digestifs marqués.

En 1929, elle a une première gestation qui s'est terminée par un avortement de 3 mois environ, suivi de curetage.

Au mois de février 1931, externe à la consultation de médecine de la porte à l'Hôpital de la Pitié, nous avons eu l'occasion de voir la malade.

Elle venait consulter pour de la fatigue, de l'anorexie, quelques nausées, après le repas. Elle ressentait des lourdeurs d'estomac, un peu de ballonnement abdominal. A l'examen, on trouvait une femme pâle, fatiguée, les yeux cernés, avec température normale. L'exploration des organes ne montre rien de particulier. Elle signale au cours de l'examen, l'absence de règles depuis un mois. Le toucher vaginal montre un utérus très légèrement augmenté de volume. Il n'y a aucun écoulement vaginal, l'examen des seins confirme l'hypothèse d'une grossesse. Nous lui prescrivons un tonique à base de strychnine et du Kaolin pour ses troubles digestifs. Enfin nous lui faisons les réactions de Wassermann et de Hecht dans le sang qui sont négatives.

Il en est de même pour son mari qui est venu à la consultation avec elle.

Après huit jours de traitement la malade va beaucoup mieux.

Depuis le 29 décembre 1930, date de ses dernières règles, la malade est enceinte, la gestation se continue normalement, les urines sont normales.

Quant à la fin du mois d'août 1931, c'est-à-dire au début du huitième mois de la grossesse, à la suite d'une légère indigestion, la malade voit apparaître dans la région ombilicale, du prurit discret qui précède de quelques heures l'apparition de plaques érythémateuses, rosées, disposées surtout au-dessus de l'ombilic. Bientôt à l'érythème se surajoute des papulles d'abord petites et arrondies qui se disposent tantôt sur les placards érythémateux, tantôt sur la peau saine. En même temps l'éruption se fonce, devient rouge foncé, légèrement violacé. A ce moment l'éruption a envahi la région épigastrique, elle se limite dans le triangle de Larey sans déborder sur les fausses côtes. L'ombilic est entièrement entouré par une auréole large de quatre travers de doigts. Sur le reste du corps la malade ne constate aucune autre éruption.

Au bout de trois ou quatre jours, sur les placards apparaissent des petites vésicules, grosses comme des têtes d'épingles. Chaque vésicule contient une goutte de pus verdâtre. Ces vésicules prurigineuses apparaissent par poussée de 10 à 15. Elles se groupent en grappes, tendant à se disposer à la périphérie de la plaque érythémateuse. Bientôt chaque vésicule se couvre d'une croûte noirâtre adhérente à la peau. Remarquons que cette éruption est symétrique, qu'elle ne s'accompagne que d'une adénopathie inguinale discrète qui pouvait très bien exister en dehors de toute affection cutanée notable. Elle consulte à l'hôpital Saint-Louis où, sans lui parler d'Herpes gestationis, on lui fait deux injections autohémotherapiques de 10 cm³.

Cette éruption dure 15 jours et disparaît, laissant après elle une tâche pigmentaire café au lait, sale, à contours polycycliques de couleur plus foncée sur les bords qu'en son centre. Elle occupe la région épigastrique descendant jusqu'à l'ombilic, qu'elle entoure en auréole. Cette région est encore très visible sur notre photographie n° 1; au cours de la poussée actuelle cette région n'a été le siège d'aucune autre lésion.

Le 27 septembre, à 1 heure du matin, la malade est admise à la maternité de la Pitié pour contractions utérines douloureuses.

A l'examen d'entrée, on trouve une tête en bas engagée, le dos fœtal est à gauche, l'auscultation fœtale est bonne, au toucher on trouve une dilatation de 1 franc, la poche des eaux est intacte.

A 6 heures, rupture spontanée de la poche des eaux.

A 7 heures 20, accouchement naturel à terme. Le sommet est en O I G A, le dégagement se fait en O P. La malade accouche un garçon vivant pesant 2.800 grammes. La délivrance naturelle et complète se fait 35 minutes après l'accouchement. Elle pèse 600 grammes.

Le 28 septembre. La maladie va bien, mais elle se plaint d'un prurit d'abord discret puis net des jambes, surtout de la face dorsale des pieds. A la contre-visite on constate l'apparition d'une éruption sur la face dorsale des pieds, qui remonte en traînée à la face antérieure des jambes. Elle est surtout marquée à droite. L'éruption se compose à ce moment de papules de la surface d'une pièce de 50 centimes, à bords surélevés rouges foncés, groupées par 4 ou 5 parfois 10. Souvent une ou plusieurs papules plus volumineuses sont entourées de papules plus petites. Toute cette éruption est prurigineuse et s'accompagne de sensation de tension extrêmement pénible.

L'examen des organes génitaux montre: un fond utérin à 2 travers de doigts au-dessous de l'ombilic, insensible. Les lochies sont peu abondantes séro-sanglantes. La température oscille entre 37° et 37,4°. Le pouls est à 80. Les urines sont normales, mais n'ont pas été mesurées.

Le 29 septembre après une nuit d'insomnie, la malade se plaint d'un prurit extrêmement pénible, généralisé, mais siégeant surtout sur les cuisses et la face inférieure de l'abdomen.

A l'examen: on trouve une femme pâle, fatiguée, se plaignant d'un prurit intense. Elle fait des grands efforts pour ne pas se gratter. L'éruption est généralisée. En effet on trouve:

Sur les jambes:

à gauche quelques petits éléments épars, dans la région prétibiale;

à droite traînées de papules groupées, chaque groupe est séparé des groupes suivants par de la peau saine. Sur les deux genoux: placards confluent de la surface d'une

pièce de 5 francs, sur toutes ces plaques pas de bulles, pas de vésicules.

La partie inférieure des cuisses est normale, sur la cuisse gauche à peine quelques placards érythémateux. Quelques éléments siègent sur la face antéro-interne et au niveau de la crête iliaque.

Sur la cuisse droite: éléments confluent qui occupent la face antérieure, débordant sur la fesse en dedans et en dehors, remontant vers l'arcade de Fallope. Au niveau de cette région rouge vineux on constate une série de petites bulles transparentes, luisantes, siégeant au niveau du triangle de Scarpa. Quelques vésicules siègent sur la face antéro-externe. Tous ces éléments sont épars et séparés les uns des autres par des espaces de peau saine. On constate quelques éléments papuleux sur l'abdomen au niveau du pubis et sur les flancs. Enfin quelques larges papules siègent sur les faces antérieures des avant-bras et à la face interne des bras où on observe ni bulles ni vésicules. Signalons un élément papuleux grand comme une pièce de deux francs sur la poitrine au-dessus du sein droit, et quelques papules à la racine du cou et dans la région lombaire. A ce niveau les lésions sont squameuses, couvertes par un fin quadrillé épidermique. Un bourrelet périphérique est nettement distingué à ce niveau.

La température oscille entre 37° et 37,4°, pouls à 80. Les urines sont foncées, troubles, leur quantité n'est pas mesurée. L'utérus est gros, non douloureux, lochies séro-sanglantes non fétides, peu abondantes.

Traitement: régime normal, pas de traitement local.

Le 30 septembre, la malade est passée au Pavillon Siredey. La nuit a été agitée. Le prurit a diminué au niveau des jambes et de l'abdomen.

A l'examen on constate:

Sur le pied droit: sur la partie moyenne du dos du pied 3 bulles du volume de 50 centimes à 1 fr., autour une série de bulles fines, disposées en arceaux, éloignée de quelques millimètres des principales bulles, toutes contiennent un liquide clair et transparent.

Sur la jambe droite: sur la face externe du mollet, nouveaux placards papuleux. 4 petites bulles, grosses comme des pois à la partie moyenne de la face interne du tibia.

Sur le pied et la jambe gauche pas de modification.

Sur les 2 genoux: apparition d'un placard papuleux nettement saillant, bien limité à gauche, assez disséminé à droite où il semble continuer la trainée papuleuse pré-tibiale.

Sur la cuisse droite: les placards érythémateux, siégeant à la face interne, se sont réunis, formant une zone rouge, saillante, à peine plus chaude que la peau environnante. Elle déborde sur la face postérieure. En dehors le placard est limité par une ligne très irrégulière, réalisant ce qu'on a appelé la limite en carte de géographie. Quelques placards sont apparus au niveau du grand trochanter, descendant sur la face externe de la cuisse. Sur cette région fines bulles, grosses comme des têtes d'épingles, dont quelques-unes sont remplies par un liquide trouble. Deux bulles, grosses comme une pièce de 50 centimes, siègent à 10 centimètres de l'arcade crurale, elles contiennent du liquide clair et transparent. Toutes ces bulles siègent sur des plaques érythémateuses.

Sur la cuisse gauche: rares placards papuleux disséminés, séparés par de la peau saine. Fines bulles à la partie supérieure du triangle de Scarpa. Une bulle siège à la partie supérieure de l'arcade de Fallope près de l'épine iliaque antéro-supérieure. Quelques éléments sont disséminés sur la face externe de la fesse gauche.

Sur l'abdomen: longues bandes d'éléments isolés qui remontent de chaque côté vers la région lombaire. Quelques éléments symétriques érythémateux le long des rebords costaux.

Sur la face antérieure du thorax au-dessus des seins, plusieurs placards érythémateux surtout marqués à droite.

Sur le dos multiples placards papulo-érythémateux violacés, secs, à bords saillants.

Sur le dos des mains, à droite petits placards surtout marqués au niveau du carpe, placard entre le pouce et l'index. A droite quelques placards, gros comme des pois, sur le poignet.

Sur la partie interne des avant-bras, lésions érythémateuses symétriques. A gauche cependant une bulle siège sur la peau saine, son liquide est transparent.

Sur la face interne du bras droit placards érythémato-papuleux, nombreuses petites bulles disposées à la périphérie des placards.

A gauche, pas de lésions sur le bras.

L'examen du sang montre: 4.110.000 globules rouges — 9.400 globules blancs.

On trouve: polynucléaires neutrophiles 76-poly. éosinophiles 4 — grands mononucléaires 6 — moyens mononucléaires 8 — lymphocytes 6.

La température oscille entre 36,9° et 37,8°, le pouls suit la température. Les urines sont troubles, contiennent un léger nuage d'albumine, pas de pus — 1 litre en 24 heures.

Traitement: régime lacto-végétarien.

Enveloppement avec des compresses humides, qui calment un peu le prurit. Remarquons que la malade allaite son enfant depuis le premier jour.

Le 2 octobre, la malade calmée par les compresses humides a dormi, elle se plaint de sensation de tension des jambes, depuis de matin, elle souffre de nouveau de picotements et de prurit au niveau des zones où apparaissent des bulles. Elle en indique d'ailleurs le siège.

A l'examen: on trouve un œdème peu marqué bilatéral des malléoles, cet œdème est dur, ne prend pas le godet, il est douloureux.

L'éruption occupe toute la surface dorsale des deux pieds, gagnant les régions rétro-malléolaires surtout à droite. A droite: 3 grosses bulles du volume d'une pièce de 2 francs. A gauche: une grosse bulle du volume d'une pièce de 50 centimes entourée par plusieurs groupes de vésicules à contenu transparent.

Sur les mollets: poussée bilatérale symétrique de plaques papuleuses et érythémateuses sur la face interne, pas de bulles.

Sur les deux genoux, les plaques disséminées ont conflué et forment des placards à contours irréguliers. Le placard est mieux limité à gauche que celui qui est à droite, celui-ci est plus étendu.

Sur les cuisses: à droite, vaste placard qui recouvre la face interne, antérieure et externe de la cuisse. Quelques placards descendent sur la partie moyenne de la cuisse. On constate sur cette cuisse un grand nombre de petites bulles, grosses comme des têtes d'épingles, disséminées sur toute la surface de cette région. Trois grosses bulles, grandes comme des pièces de 5 francs, ont apparu à la limite externe du triangle de Scarpa. Leur contenu est transparent (il a été prélevé et examiné). A la pointe du triangle de Scarpa, grosse bulle de contenu clair.

Sur la cuisse gauche, groupe de quatre petites bulles isolées, mais groupées siégeant en plein milieu du triangle de Scarpa. De ce côté, longue traînée de petites bulles isolées qui remontent jusqu'à l'épine iliaque antérieure et supérieure. Sur les fesses rien de changé, les placards s'étendent un peu, mais leur topographie générale reste la même.

Sur l'abdomen, augmentation en nombre et en surface des placards érythémato-papuleux, pas de bulles.

Sur la face dorsale des mains: les placards se sont réunis, ils occupent la face dorsale de la main, se limitant en bas par un bourrelet très saillant. Celui-ci s'étend obliquement au niveau de l'espace qui est limité par les articulations métacarpo-phalangiennes et la base des espaces qui séparent les doigts. Grosses bulles au niveau du placard qui siège dans le premier espace interdigital de la main droite.

La face postérieure de l'avant-bras est couverte de plaques érythémateuses, grosses bulles sur le bord interne des avant-bras, surtout marquées à gauche. Ces bulles débordant franchement sur la face antérieure de l'avant-bras de ce côté. Sur la face interne du bras droit, série de fines bulles transparentes, à gauche sur la face postérieure du bras, quelques placards papuleux violacés.

Sur le dos les placards papuleux forment maintenant deux zones. Une zone inférieure qui s'étend de la partie supérieure des fesses, formant deux arcs de cercle irréguliers à concavité supérieure, à une ligne oblique irrégulière qui s'étend obliquement du flanc gauche à la région lombaire droite. Une zone supérieure qui est séparée de la zone inférieure par un large espace de 2 travers de mains. Cette partie remonte en larges plaques ovalaires jusqu'à la racine des cheveux, à la partie supérieure de la nuque sans déborder sur le cuir chevelu. Entre les deux zones multitude de petites plaques érythémateuses ne dépassant pas la surface d'un pois, sur toute cette région ni bulles ni vésicules.

L'examen du sang montre la formule leucocytaire suivante: polynucléaires-neutrophiles 80 — polynucléaires-éosinophiles 4 — grands mononucléaires 5 — moyens mononucléaires 6 — lymphocytes 5.

A l'examen du liquide d'une bulle transparente on trouve une vingtaine d'éléments environ par champ microscopique.

95% de polynucléaires éosinophiles, 5% de polynucléaires neutrophiles. Les colorations de lames du liquide ont montré l'absence de microbes à l'examen direct.

La température oscille entre 37,1 et 37,3°, le pouls est à 96. Les urines sont foncées, légèrement troubles avec dépôt au fond du bocal. Elles contiennent un peu d'albumine — 750 cm³ par 24 heures.

Traitement: régime lacto-végétarien.

On panse les jambes et les bras au tulle gras après avoir mis au préalable de la pommade au 914.

Le 4 octobre. La malade dort bien les nuits du 2 au 3 et 3 au 4 octobre. Elle se plaint de tension et de gêne au niveau des jambes, elle est très gênée dans ses mouvements par les bulles.

A l'examen, même œdème dur des jambes. L'éruption érythémateuse de la face dorsale des pieds ne s'est pas modifiée, à droite, 2 bulles se sont confondues, elle font encore un angle aigu à leur union, leur contenu est trouble. Série de petites bulles claires périphériques.

A gauche, la grosse bulle est franchement purulente, quelques vésicules sont devenues bulles par fusion entre elles. Au niveau des mollets, même état que le jour précédent.

Sur les genoux, quelques nouveaux éléments érythémato-papuleux sur la face externe du genou droit.

Au niveau des cuisses, à droite quelques nouveaux éléments papuleux sur le tiers inférieur de la cuisse, formant des îlots irréguliers. Le contour des lésions est en carte de géographie. Les multiples petites bulles sont remplies par un liquide trouble. Les trois grosses bulles se touchent, les 2 verticales se sont réunies, mais on voit encore leur limite de séparation, sur leur face supérieure. Cette limite fait une dépression, sur les flancs, angles aigus nets. Leur contenu est trouble, la bulle qui reste séparée contient encore un liquide transparent. A la pointe du triangle de Scarpa une bulle est devenue énorme, géante, contre le derme est apparu un dépôt pulvérulent blanchâtre, épais d'un demi-centimètre environ. Le reste de la bulle est légèrement trouble, mais encore transparent.

Sur la cuisse gauche: Les quatre petites bulles isolées du triangle de Scarpa sont percées. Leur épiderme couvre le derme sous-jacent. Les bulles qui constituent la partie supérieure de la trainée qui va à l'épine iliaque antéro-supérieure sont flétries. Il s'en écoule un liquide séreux-

citrin. Deux bulles de moyen volume sont franchement purulentes.

Sur l'abdomen et le thorax, quelques nouveaux éléments érythémateux. Les lésions existantes se cernent de plus en plus d'un bourrelet saillant et violacé. Quelques bulles sont apparues sur des plaques érythémateuses au niveau du bord antérieur de l'aisselle droite.

Sur les bras, à droite, l'éruption érythémato-papuleuse est confluyente. Elle occupe toute la surface interne du bras débordant sur la face antérieure. Quelques fines vésicules et quelques bulles grosses comme des pois.

À gauche, rien de nouveau, un placard érythémateux est apparu dans le creux de l'aisselle.

Sur les avant-bras, à droite, quelques bulles sur la face externe sont apparues en peau saine. Elles sont grosses comme des pièces de 50 centimes. Une grosse bulle remplie déjà d'un liquide trouble siège sur le bord cubital débordant sur la face antérieure. Plusieurs croûtes noirâtres couvrent de petites excavations survenues après des petites bulles, celles-ci se sont crevées au cours des mouvements. Il y a eu des petites hémorragies en nappes.

À gauche, quelques bulles, grosses comme des pois, sont groupées au niveau du tiers supérieur et du tiers moyen, elles siègent sur des plaques érythémateuses et sont transparentes. Sur les mains, aucune modification; le tégument est devenu rouge vineux au centre des placards, rouge violacé au niveau des bourrelets.

Sur le dos, même état des éruptions:

L'examen du sang montre la formule leucocytaire suivante: polynucléaires neutrophiles 66 — polynucléaires éosinophiles 5 — moyens mononucéaires 29;

L'examen du liquide des bulles montre: 1° dans un liquide transparent 20 à 25 éléments par champ. 93 polynucléaires éosinophiles — 6 polynucléaires neutrophiles — 1 lymphocyte; pas de microbes à l'examen direct.

2° dans un liquide trouble: 40 à 50 éléments par champ. 65 polynucléaires éosinophiles — 30 polynucléaires neutrophiles, 5 lymphocytes; pas de microbes à l'examen direct.

La température est normale oscille entre 37,4° et 37°, le pouls suit la température. Les urines ont toujours le même aspect; on trouve des traces d'albumine, 850 gr. par 24 heures.

Traitement: régime lacto-végétarien, pansements des lésions avec de la pommade au 914 et tulle gras,

6 octobre, de nouveau mauvaise nuit, le prurit augmente; la malade trouve qu'en se découvrant, elle diminue ses souffrances.

A l'examen, même état des jambes: à la face dorsale des pieds, à droite, les bulles confondues sont ouvertes, l'épiderme pend en lambeaux. Les ulcérations sont couvertes d'une fin pelure d'écailles de sang.

A gauche, la grosse bulle est franchement opaque et semble contenir des flocons blanchâtres. Les petites bulles périphériques sont toujours transparentes et clair sauf une ou deux qui sont devenues opalescentes.

Au niveau des jambes et des genoux aucune modification.

Au niveau des cuisses, à droite, l'éruption érythémato-papuleuse gagne sur la face interne et externe de la cuisse. La plupart des petites bulles sont couvertes par une croûte brunâtre adhérente au derme. Quelques bulles discréminées ont augmenté de volume par décollement de l'épiderme, elles contiennent un liquide purulent, à côté une bulle du volume d'un œuf de pigeon à liquide encore clair. A la pointe du triangle de Scarpa une énorme bulle est entièrement remplie par un dépôt pulvérulent blanchâtre épais.

A gauche, on trouve dans le triangle de Scarpa quatre petites régions couvertes de fines croûtes rouge jaunâtre, l'épiderme qui les recouvre a disparu, les autres bulles ont disparu. Leur siège est recouvert par des croûtes jaunâtres. Deux bulles de moyen volume sont franchement purulentes. Deux bulles siègent sur la face antérieure de la cuisse. Elles sont du volume d'une pièce de deux francs. Elles contiennent un liquide transparent.

Sur l'abdomen et le thorax, les lésions n'ont subi aucune modification, sinon que quelques éléments papulo-érythémateux ont apparu sur les flancs. Les bulles siégeant sur la face antérieure de l'aisselle droite sont flétries. Les bulles inférieures sont complètement sèches.

Sur les bras: à droite, les placards érythémateux gardent le même aspect. Les fines vésicules sont remplacées par des bulles. Les petites bulles occupent une surface grande comme une pièce de deux francs.

A gauche, rien de nouveau; quelques placards ont apparu sur la partie supérieure du thorax au-dessus du sein.

Sur les avant-bras, à droite, des bulles sur la peau saine n'ont pas varié, leur contenu reste encore transpa-

rent. Une grosse bulle s'est percée, elle est recouverte par l'épiderme qui forme avec la sérosité une croûte jaunâtre. Les petites croûtes sont encore très adhérentes à la peau.

A gauche, même état des lésions.

Sur les mains: aucune modification, cependant on voit quelques petites vésicules sur le bord cubital de la main droite.

Sur le dos, les petits placards siégeant sur peau saine, se sont légèrement agrandis.

L'examen du sang a montré:

4.090.000 globules rouges — 10.400 globules blancs: polynucléaires neutrophiles 74 — polynucléaires éosinophiles 5 — grands mononucléaires 6 — moyens mononucléaires 15.

La température est normale, oscille entre 37,4° et 37,2°, le pouls suit la température. Les urines ont toujours un aspect trouble, jaune acajou, on trouve des traces d'albumine, 1 litre en 24 heures.

Traitement: régime lacto-végétarien. On perce les grosses bulles avec un vaccinostyle. On lui fait une injection autohémothérapique de 10 cm³. Pansements des jambes et des bras avec de la pommade au 914 et tulle gras.

La malade allaite toujours son enfant qui augmente régulièrement de poids. La mère évite de toucher l'enfant avec les mains pendant les tétées.

Le 8 octobre. La mise à plat des bulles a bien soulagé la malade. Elle dort bien la nuit.

A l'examen même, état œdémateux et douloureux des jambes.

A la face dorsale des pieds: à droite, l'épiderme est entièrement arraché, les ulcérations qui siègent à la place des bulles sont circulaires à bord net. Les écailles de sang sont encore très adhérentes.

A gauche, la grosse bulle opaque fluctuante est remplacée par une bulle à moitié vide qui forme un godet à la moitié déclive de la bulle. Les bulles opalescentes sont crevées et l'épiderme sec les recouvre. Les petites bulles occupent une surface de un franc, les autres sont troubles.

Au niveau des jambes, à droite, les papules sont couvertes d'une traînée de vésicules et de fines bulles qui montent en traînée vers le genou. Quatre plus volumineuses siègent à la partie moyenne de la face interne du tibia.

Sur le mollet droit, quelques bulles.

Sur le mollet gauche, quelques petites bulles sur la face postérieure.

Au niveau des cuisses, à droite, on constate deux grosses bulles qui s'adossent au niveau du tiers moyen du couturier. Leur contenu est transparent (on examine leur contenu). Les petites bulles contiennent encore du liquide clair. La bulle géante au liquide purulent persiste, mais elle semble moins tendue. La peau qui la couvre est ridée (on examine son contenu). A la pointe du triangle de Scarpa, on trouve une grosse croûte jaunâtre adhérente au derme.

A gauche, on voit une série de croûtes sèches, peu volumineuses de la surface d'un pois. Les deux bulles de moyen volume franchement purulentes sont à moitié vides de leur contenu. Une bulle géante siège sur la face antérieure de la caisse gauche. Elle occupe une surface grande comme une petite paume de main. Le liquide qu'elle contient est à peine louche.

Sur l'abdomen rien de changé.

Sur le thorax quelques croûtes ont remplacé les bulles qui siégeaient au-dessus de l'aisselle.

Sur les bras, à droite, les placards érythémato-papuleux débordent sur la face antérieure du bras, les bulles grandes comme des pièces de 1 à 2 francs sont remplies d'un liquide opalescent. Il y a cependant encore quelques bulles transparentes.

A gauche, les placards envahissent par régions isolées la face antérieure et postérieure du bras, pas de bulles, ni vésicules. Quelques plaques érythémateuses siègent sur la face supérieure du sein.

Sur les avant-bras, à droite, les bulles sur la peau saine se sont remplies d'un liquide opalescent louche. Au niveau de l'épicondyle on constate de nouveau quelques bulles isolées, grosses comme des pois. On trouve une grosse croûte jaunâtre à la partie supérieure du bras. Les petites croûtes brunâtres sont toujours très adhérentes.

A gauche, l'éruption érythémato-papuleuse a presque complètement envahi la face antérieure de l'avant-bras, on y trouve quelques rares bulles. La face postérieure de l'avant-bras est recouverte par une large plaque qui remonte au tiers supérieur et se confond avec l'éruption de la face antérieure.

Sur les mains, à droite, l'éruption de la face dorsale de la main se continue par quelques papules avec les éléments de l'avant-bras; à gauche, état stationnaire, pas de bulles ni vésicules.

L'examen du sang montre la formule leucocytaire suivante: polynucléaires neutrophiles 76 — polynucléaires éosinophiles 5 — grands mononucléaires 4 — moyens mononucléaires 15.

Examen du liquide des bulles:

1° le liquide transparent montre 10 à 25 éléments par champ. 92 polynucléaires éosinophiles — 8 polynucléaires neutrophiles, pas de microbes à l'examen direct.

2° le liquide louche opalescent montre 25 à 40 éléments par champ, 43 polynucléaires neutrophiles, — 45 polynucléaires éosinophiles — 12 lymphocytes, pas de microbes à l'examen direct.

3° le liquide purulent, montre une purée de polynucléaires. On la dilue au 1/10° à l'eau distillée. On trouve à ce moment encore 40 à 50 éléments par champ. 95 polynucléaires neutrophiles — 3 polynucléaires éosinophiles, 2 lymphocytes. A l'examen direct, on ne trouve pas de microbes.

La température est normale 37°, le pouls grimpe à 100 pulsations par minute. Les urines sont foncées, boueuses, rares, 350 grammes en 24 heures. La pharmacien du service n'a pas trouvé d'albumine.

L'utérus n'est plus perçu par le palper abdominal. Les lochies séreuses sont à peine marquées.

Le traitement est le même que les jours précédents.

10 octobre, la malade a eu de nouveau une nuit très agitée. Le prurit reparaît, surtout localisé à la racine, sur la face antéro-interne des cuisses, sur la face antérieure des avant-bras et sur la face dorsale des mains. La malade souffre de son sein droit. Les jambes présentent le même état oedémateux et sont douloureuses.

A la face dorsale des pieds, à droite, on constate une poussée de bulles petites à contenu clair qui siègent sur les placards érythémateux.

A gauche, la grosse bulle a complètement disparu. L'épiderme déchiré adhère à l'ulcération, de petites ulcérations post-bulleuses sont recouvertes d'une croûte fine dorée. Une bulle de la grandeur d'une pièce de 2 francs à contenu légèrement opalescent est entourée par une série de petites bulles, les unes troubles, les autres transpa-

rentes. Au niveau des jambes, à droite, toutes les bulles ont augmenté de volume. Quelques bulles à la partie moyenne du mollet ont crevé, laissant des ulcérations à bord net, couvertes d'écailles de sang, l'épiderme est déchiré.

A gauche, aucune variation.

An niveau des cuisses, à droite, une bulle géante qui contient du liquide trouble, la bulle géante précédente présente à sa place une croûte jaune brunâtre adhérente, mais pas très épaisse. A son côté, la bulle du volume d'un œuf de pigeon est remplie d'un liquide trouble, elle a peu augmenté de volume. La croûte jaunâtre située à la pointe du triangle de Scarpa persiste, et devient épaisse et irrégulière. On constate de plus une efflorescence de petites bulles au nombre d'une vingtaine; elles contiennent un liquide clair.

A gauche, on trouve une série de croûtes de surface variable, jaunâtres ou formées de sang sec. La bulle géante présente un dépôt pulvérulent épais de 1 centimètre que surnage un liquide plus transparent.

Sur le ventre, les papules augmentent de surface au niveau de la région pubienne et des flancs à ce niveau on constate quelques petites bulles.

Sur le thorax, quelques nouveaux placards sur la partie supérieure au-dessus des seins. Il siège surtout à droite et tend à envahir sa surface supérieure.

Sur les bras, à droite, des placards érythémateux papuleux n'ont pas augmenté, les bulles persistent, leur contenu est franchement trouble. Les bulles transparentes qui siègent sur la face antérieure du bras ont beaucoup augmenté de volume dont 1 atteint la surface d'une pièce de 5 francs.

A gauche, quelques nouvelles bulles sur la face antérieure-interne.

Sur les avant-bras, à droite, les bulles troubles persistent, leur contenu est devenu franchement purulent. Les croûtes sont très adhérentes.

A gauche, nombreuses fines bulles à contenu clair sur la face antérieure et externe, série linéaire au niveau du pli supérieur du poignet.

Sur les mains, à droite, l'éruption de la face dorsale de la main est nettement uni à celui de l'avant-bras, pas de bulles. Les vésicules existantes sont transformées en croûtes brunâtres.

A gauche, rien de nouveau.

Le dos est couvert par un placard uniformément rouge vineux, peut-être plus clair au centre, plus violacé aux bords. Il est interrompu par une ligne oblique peu nette située au niveau de la région lombaire. En haut, il remonte sur le cou jusqu'à la racine des cheveux. Latéralement il se confond avec l'éruption des bras et des flancs. En bas, il ne débord pas sur les fesses.

L'examen du sang montre la formule leucocytaire suivante: polynucléaires neutrophiles 59 — polynucléaires éosinophiles 6 — grands mononucléaires 6 — moyens mononucléaires 17 — lymphocytes 12.

L'examen général montre un utérus en complète involution, quelques lochies séro-sanglantes peu abondantes. La tension artérielle est de 12— 8 1/2 à l'appareil de Vaquez.

L'examen du sein droit montre un sein rouge, avec une infiltration de la glande siégeant au niveau de la partie externe. La lymphangite est évidente. Remarquons que la femme allaite son enfant et que les mamellons sont entourés par une région de peau saine large de 4 travers de doigts environ. Les autres organes sont normaux. La femme présente un état très net d'irritation, d'abattement et de tristesse, qui rendent les soins difficiles à donner. La température est à 38,9° en rapport, semble-t-il, avec la lymphangite. Le pouls est à 120, les urines sont foncées; elles ont augmenté de volume, 750 grammes en 24 heures. On ne trouve pas l'albumine au tube d'Esbach.

Traitement: pansements et ouverture des grosses bulles comme les jours précédents, compresses humides chaudes sur le sein.

12 octobre. La malade n'a pas dormi, le prurit a été intenable. L'agitation a été très vive toute la nuit. Les zones les plus prurigineuses sont les cuisses, les bras et les avant-bras. Le sein droit est douloureux, l'état des jambes est le même.

A la face dorsale des pieds, à droite, certaines bulles sont grandes comme des pièces de 2 francs, leur liquide est clair ou légèrement opalescent. Les petites bulles contiennent un liquide trouble. Il en est apparu quelques-unes sur la face interne du calcanéum. Leur contenu est clair.

A gauche, grosses croûtes gris-jaunâtre, l'épiderme formant la bulle est à moitié disparu. Les petites ulcéra-

tions présentent le même aspect, la bulle, grande comme 2 francs, est devenue plus volumineuse, son contenu est franchement purulent. La plupart des petites bulles sont ouvertes et suintent légèrement.

Au niveau des jambes, à droite, même état des lésions; à gauche, de nombreux petits placards érythémato-papuleux ont apparu sur la face externe et interne du mollet, pas de bulles.

Au niveau des cuisses, à droite, la bulle géante qui contenait du liquide trouble a été percée, elle est incomplètement vidée, l'épiderme forme un godet à la partie interne qui est la plus déclive. On trouve une grosse croûte jaunâtre très adhérente. A son côté, une bulle volumineuse a été crevée. La croûte jaunâtre à la pointe du triangle de Scarpa persiste adhérente. L'efflorescence de petites bulles a augmenté de surface, la plus petite a une surface égale à celle d'une pièce de 50 centimes. Elles occupent toute la surface supérieure de la cuisse remontant jusqu'à l'arcade de Fallope et le grand trochanter. Leur contenu est encore transparent.

A gauche, les croûtes persistent, la bulle géante est complètement opaque. Au niveau du triangle de Scarpa sont apparues une grande quantité de bulles fines grosses comme des pois. Il n'y a rien sur les organes génitaux externes.

Sur le ventre, sur l'érythème sont apparues des petites bulles dont le nombre a à peu près doublé depuis le 10 octobre. Elles occupent surtout les flancs et les crêtes iliaques.

Sur le thorax: Les placards érythémato-papuleux se multiplient surtout dans la région susclaviculaire droite. Deux bulles, grosses comme des pois siègent dans le creux sus-clavier droit.

Sur l'épaule droite, placard qui se continue en arrière avec l'éruption du dos.

Sur les bras à droite, les bulles sont turgescentes volumineuses, plusieurs atteignent maintenant la surface d'une pièce de 5 francs. Leur contenu est transparent clair, sauf celle signalée le 10 octobre qui est franchement trouble.

A gauche, quelques bulles sur la face antéro-interne ont un contenu opalescent. Deux plus volumineuses sont remplies par un liquide opaque.

Sur les avant-bras, à droite, les bulles troubles ont été percées. L'épiderme arraché montre des ulcérations

circulaires suintant un peu de sang. On constate deux bulles volumineuses. L'une un peu au-dessous de la saignée, grande comme une pièce de 5 francs. L'autre sur le bord cubital de la grandeur de 2 francs. Leur liquide est transparent. Quelques bulles isolées sur la face antérieure, quelques-unes siègent sur la peau saine, leur liquide est alors dans l'ensemble transparent et clair.

A gauche, même état des lésions bulleuses.

Trois bulles du volume de 50 centimes sur la face antérieure de l'avant-bras, un peu au-dessus du pli supérieur du poignet une bulle plus volumineuse, à contenu citrin s'étend vers le pouce.

Sur la face dorsale des mains, rien de nouveau. L'épiderme est intact. Quelques nouveaux éléments papuleux sur le bord cubital de la main gauche.

Le dos reste dans le même état. On trouve une bulle sur placard érythémateux sur le lobule de l'oreille droite.

L'examen du sang montre 3.940.000 globules rouges, 12.300 globules blancs.

polynucléaires neutrophiles 56 — polynucléaires éosinophiles 23 — grands mononucléaires 4 — moyens mononucléaires 13 — petits mononucléaires 4.

La température est à 38°, mais semble toujours se rapporter à la lymphangite du sein. Le poulx est à 116, les urines sont foncées, augmentent encore de volume 950 gr. par 24 heures. A partir du 10 octobre, on ne trouve plus d'albumine dans les urines.

La maladie est déprimée, inquiète, très irritable, pleurant sans cause.

Traitement: pansements et ouverture des grosses bulles après la visite. Compresses humides chaudes sur le sein droit.

Le 14 octobre, l'ouverture de bulles a soulagé la malade, le prurit est beaucoup plus discret. Cependant la malade a été encore très agitée. Les démangeaisons occupent les mêmes régions que les jours précédents. Les jambes ont un aspect un peu plus tendu et plus luisant que les jours précédents.

Le sein droit est douloureux, à l'examen de la malade on voit à la face dorsale des pieds: à droite, de grandes bulles crevées. Les petites bulles ont augmenté de volume et sont aussi volumineuses que les précédentes. Leur contenu est variable. Quelques-unes sont franchement claires, les autres troubles ou même opaques.

A gauche, grosse croûte gris-jaunâtre épaisse et irrégulière. L'épiderme qui la forme a complètement disparu, il est tombé en grands lambeaux. Toutes les bulles ont disparu. Les ulcérations sont couvertes les unes avec une légère pellicule d'écailles de sang, les autres sont recouvertes d'une fine croûte déjà fendue en quelques endroits: Il n'y a aucun suintement au niveau des ulcérations. Au niveau des jambes, à droite et à gauche, quelques bulles apparaissent ou s'étendent vers le mollet, l'état des genoux est le même.

Au niveau des cuisses, à droite, la bulle géante est remplacée par une croûte brun-jaunâtre, épaisse irrégulière analogue à la croûte située auprès d'elle dont un morceau s'est détaché. L'ulcération sécrète une sérosité jaunâtre. A son côté, une bulle volumineuse est remplacée par une croûte de sang. La croûte jaunâtre de la pointe du triangle de Scarpa persiste adhérente. Les petites bulles ont augmenté de volume, quelques-unes occupent la surface d'une pièce de 5 francs. Deux d'entre elles se sont unies, formant une bulle à contenu polycyclique, leur contenu est variable (on l'examine). Les bulles, les plus externes sont déjà ouvertes, les autres sont recouvertes d'un épiderme ridé, les autres suintent de la sérosité sanglante.

A gauche, les croûtes persistent. La bulle géante opaque est ponctionnée avec une pipette en verre stérile. Le liquide est très épais, on n'arrive pas à l'aspirer dans la partie fine. Il est filant (on l'examine). Au niveau du triangle de Scarpa, les bulles ont augmenté de volume, quelques bulles situées à la limite externe du triangle atteignent le volume de la moitié d'un œuf de poule. Le liquide des bulles situées à la partie supérieure est trouble celui des bulles situées à la partie inférieure est clair. L'érythème a gagné la face interne de la cuisse, mais les organes génitaux ne sont pas touchés.

Sur le ventre les bulles ont gardé leur topographie et leur volume.

Sur le thorax, les placards érythémato-papuleux n'ont pas augmenté de nombre. Une des bulles du creux sus-clavier est ouverte, l'épiderme a disparu, l'ulcération laisse suinter un liquide séro-sanglant. La région mammaire des seins n'est pas touchée.

Au niveau des épaules, on ne constate rien de nouveau.

Sur les bras, à droite, les bulles ont été ouvertes, l'épiderme pend en lambeaux, il existe toute une série de petites bulles du volume d'un pois. Leur liquide est clair et transparent.

A gauche, les grosses bulles ont été ouvertes, les ulcérations sont recouvertes par des croûtes épaisses jaunes d'or. Les petites bulles sont opalescentes, il en est apparu quelques-unes au niveau de l'aisselle.

Sur les avant-bras à droite, 4 ulcérations couvertes par des écailles de sang. Les deux grosses bulles siégeant sur la face antérieure se sont ouvertes spontanément. Les bulles isolées siégeant sur la peau saine sont opaques, quelques-unes atteignent un volume qui varie entre une pièce de 50 centimes à 2 francs.

A gauche, les trois bulles décrites le 12 octobre ont atteint la surface d'une pièce de 2 francs, les deux inférieures se sont confondues on remarque encore un sillon de séparation. La bulle qui s'étendait vers le pouce est presque complètement vidée, le restant du liquide est franchement purulent.

Sur la face dorsale des mains, le centre des grands placards semble pâlir, en tous cas pas de bulles, quelques croûtes brunâtres au niveau du bourrelet qui borde l'éruption du côté des doigts.

Le dos reste dans le même état. Le quadrillé épidermique est très net, sur le cou et à la naissance des cheveux où le bourrelet périphérique est rouge violacé.

La bulle qui siégeait sur le lobe de l'oreille est crevée, l'ulcération est couverte d'une croûte jaunâtre.

L'examen du sang montre la formule leucocytaire suivante: polynucléaires neutrophiles 54 — polynucléaires éosinophiles 25 — grands mononucléaires 4 — moyens mononucléaires 6.

L'examen du liquide des bulles montre:

1° Dans le liquide clair, transparent, jaune citrin d'une bulle du bras 15 à 25 éléments par champ microscopique.

91 polynucléaires éosinophiles — 9 polynucléaires neutrophiles. Pas de microbes à l'examen direct après coloration.

2° Dans le liquide trouble d'une bulle de la cuisse 35 à 40 éléments par champ.

43 polynucléaires éosinophiles — 50 polynucléaires neutrophiles. — 7 lymphocytes, pas de microbes à l'examen direct.

3° Dans la bulle remplie d'un magma blanchâtre, il faut diluer le magma au 1/10° environ.

On trouve alors 97 polynucléaires neutrophiles — 1 polynucléaire éosinophile — 2 lymphocytes.

L'examen direct montre dans cette dernière bulle quelques rares chaînettes de streptocoque, Gram positif.

La température oscille près de 37,6°, le pouls suit la température. Les urines sont normales, un peu troubles depuis la veille. On ne mesure plus leur quantité. Il n'y a pas l'albumine.

Même état psychique de la malade.

Traitement, on continue le même traitement que les jours précédents.

La malade allaite toujours son enfant, avec son sein gauche.

Le 16 octobre. L'état local et général de la malade n'a pas changé.

L'examen de la malade montre:

A la face dorsale des pieds, à droite, il n'y a plus de bulles; elles ont été ouvertes. Les ulcérations sont couvertes de croûtes jaunes blanchâtres, ou d'écailles de sang. L'épiderme qui les couvrait a disparu.

A gauche, une partie de la croûte gris-jaunâtre a été arrachée avec le pansement. L'ulcération mise à vif, saigne légèrement, les écailles de sang des petites ulcérations ont disparu enlevés avec le pansement. L'épiderme déjà reformé au-dessous est rouge vif. Les autres ulcérations sont sèches, la fine croûte qui les recouvre est encore adhérente.

Au niveau des jambes, à droite et à gauche, les papules ont quelques tendances à confluer.

Au niveau des cuisses, à droite, la croûte jaunâtre s'est reformée, les autres croûtes ne sont pas modifiées. Les grosses bulles ont été ouvertes. On trouve encore quelques bulles de moyenne taille sur la face externe de la cuisse au niveau inférieur du placard érythémateux. Deux petites bulles siègent sur la peau saine entre les placards papuleux.

A gauche, les croûtes persistent. La bulle géante est remplacée par une croûte très épaisse jaune blanchâtre irrégulière. Le triangle de Scarpa est recouvert de croûtes

et d'écailles de sang séparées par de la peau saine. On trouve de nouveau un grand nombre de petites bulles fines à liquide transparent. Au niveau de cette zone la malade accuse le prurit le plus marqué de la journée.

Sur le ventre, les bulles ont presque toutes disparu elles sont remplacées par des croûtes jaunâtres et quelques ulcérations suspubiennes sèches sont couvertes d'écailles de sang.

Sur le thorax, les lésions ont gardé leur aspect. Les bulles du creux susclavier sont sèches.

Sur les épaules, rien de nouveau.

Sur les bras, à droite, l'épiderme qui formait les bulles ouvertes a disparu. Les petites bulles sont devenues grosses comme des pièces de 50 centimes à 1 franc. Leur liquide est encore transparent.

A gauche, les croûtes gardent leur aspect. Les petites bulles ont disparu, remplacées par des fines croûtelles formées de sérosité et de sang.

Sur les avant-bras, à droite, toutes les grosses bulles sont remplacées par des croûtes épaisses irrégulières variant du brun au jaune blanchâtre. Les bulles siégeant sur la peau saine ont de même disparu, remplacées par des croûtes brunâtres irrégulières épaisses, très adhérentes.

Au niveau du poignet et du 1/3 inférieur de l'avant-bras, 4 ou 5 petites bulles dont les plus inférieures ont un contenu trouble.

A gauche, les bulles purulentes ont été ouvertes. L'épiderme qui les recouvre est épais, il ne présente pas de solution de continuité. 3 petites bulles au niveau du tiers supérieur du bord cubital. 2 à la partie inférieure.

Sur la face dorsale des mains, pas de modifications, quelques petites croûtes sont parties, laissant un tégument rougeâtre.

Le dos présente le même état que les jours précédents.

L'examen du sang montre la formule leucocytaire suivante: polynucléaires neutrophiles 40 — polynucléaires éosinophiles 29 — grands mononucléaires 4 — moyens mononucléaires 16 — petits mononucléaires 2 — lymphocytes 9.

La température montre à 38,4° le soir, le pouls s'accélére un peu 108. Cet état répond à l'abcès du sein qui se collecte et dont la malade souffre. Les urines sont toujours un peu troubles sans albumine.

Traitement: On continue le même traitement que les jours précédents.

Le 20 octobre. La malade se sent beaucoup mieux, elle dort bien la nuit, malgré sa légère température, elle a faim. Le prurit apparaît surtout le soir à la chaleur du lit, malgré les enveloppements, elle sort ses membres des draps. Elle allaite son enfant qui va bien.

A l'examen de la malade on trouve:

A la face dorsale des pieds, à droite, sur le bord externe du pied, encore quelques fines vésicules et quelques bulles. Il y a quelques croûtes jaunâtres, les écailles de sang couvrant les ulcérations ont disparu. L'épiderme apparaît rouge vineux brillant.

A gauche, la croûte gris-jaunâtre s'est reconstituée. On perçoit la trace des autres bulles par la couleur du tégument qui a prit après une teinte rouge vif, une teinte terne. Les autres ulcérations sont sèches. La croûte a été arrachée sur plusieurs points avec le pansement.

Au niveau des jambes. L'érythème forme une tache uniforme qui occupe presque toutes les jambes, c'est à peine si on perçoit encore un peu de peau normale, sur les faces latérales et postérieure. Ces régions sont très prurigineuses.

Au niveau des cuisses, à droite, les croûtes persistent tout en ayant tendance à se décoller. La croûte jaune est déjà fortement fragmentée sur les bords, le tégument sous-jacent est rouge et brillant. L'emplacement de plusieurs bulles ne peut être reconnu qu'à l'aspect de la peau rouge brunâtre. Entre ces placards on constate encore quelques bulles grosses comme des têtes d'épingles, quelques-unes atteignent le volume d'un petit pois. Le liquide qu'elles contiennent est clair, transparent ou opalescent.

A gauche, les croûtes persistent, elles sont épaisses, jaunes blanchâtres, sales, irrégulières, adhérant encore fortement à la peau. Le triangle de Scarpa est rouge vif, semé de nouvelles petites bulles qui sont situées entre les traces des bulles disparues. Quelques-unes atteignent le volume d'une pièce de deux francs. Leur liquide est clair.

Sur le ventre: les bulles sont remplacées par des croûtes jaunâtres, quelques ulcérations sont encore couvertes de sang.

Sur le thorax: les lésions érythémato-papuleuses persistent, quelques nouveaux éléments ont envahi la partie supérieure des seins et s'étendent vers les pectoraux,

gagnant la ligne médiane, mais les régions mamellonnaires sont intactes.

Sur les bras: à droite, des croûtes jaunes brunâtres indiquent la trace des bulles. On trouve encore quelques fines bulles grosses comme des grains de riz, elles contiennent un liquide clair transparent, quelques bulles siègent le long du trajet du paquet vasculo-nerveux du bras.

A gauche, l'érythème a pâli, les croûtes gardent leur aspect, de fines croûtelles sont parties laissant un picté rouge vif.

Sur les avant-bras, à droite, des croûtes sont encore très adhérentes, au niveau de la face antérieure de l'avant-bras on constate un assez grand nombre de petites bulles disposées irrégulièrement surtout à la périphérie des placards érythémato-papuleux. Ces bulles contiennent un liquide clair. Au niveau du poignet et du tiers inférieur de l'avant-bras quatre ou cinq petites bulles dont le contenu est maintenant franchement blanchâtre et épais. Ces bulles prennent un aspect ridé.

A gauche, au niveau des bulles ulcérées, l'épiderme adhère au derme, les bulles qui siègent au niveau du bord cubital ont augmenté de volume. Elles ont été percées, leur remplacement est recouvert d'une croûte jaune, fine.

Sur la face dorsale des mains, pas de modifications.

Sur le dos l'éruption semble pâlir.

L'examen du sang montre 4.120.000 globules rouges, 12.800 globules blancs: polynucléaires neutrophiles 37 — polynucléaires éosinophiles 28 — grands mononucléaires 5 — moyens mononucléaires 14 — petits mononucléaires 4, lymphocytes 12.

L'examen du liquide des bulles montre dans le liquide clair 10 à 15 éléments par champ microscopique: 88 polynucléaires éosinophiles — 12 polynucléaires neutrophiles, pas de microbes à l'examen direct.

La température est montée progressivement en quelques jours par oscillations progressives à 38,4°. L'abcès du sein est collecté, on l'incise. Après l'incision, faite le matin, la température dans l'après-midi est à 37,4°, le poulx suit cette chute de température de 96, il descend à 72.

Le pus contenu dans l'abcès est verdâtre, bien lié, sans odeur, son examen a montrée des chaînettes. Gram positif de 7 à 8 éléments. Ce microbe a l'aspect d'un streptocoque.

Traitement: on continue le même traitement que les jours précédents. L'abcès du sein est ouvert par une incision radiée. Après évacuation de pus on bourre la cavité avec une mèche qui sera enlevée le 3^e jour. (Procédé de M. le Docteur Chomé.)

Le 26 octobre, la malade va bien, son psychisme est meilleur. Elle dort bien la nuit. Elle se plaint encore d'un peu de prurit au niveau des cuisses et des avant-bras.

A l'examen à la face dorsale des pieds, à droite, sur le bord externe du pied, on trouve deux bulles, grandes comme des pois opalescentes entourées d'une couronne de petites vésicules. Les autres lésions ne sont pas modifiées.

A gauche, la croûte gris-jaunâtre est à moitié disparue. Le tégument sousjacent est rouge-brunâtre, légèrement irrégulier et terne. Les autres éléments n'ont pas varié, la peau paraît dans l'ensemble moins rouge, au niveau des jambes, l'érythème ne s'est pas modifié. On trouve quelques petites bulles sur la face postérieure et externe du mollet gauche. Sur le mollet droit, l'éruption n'a pas subi de modification.

Au niveau des cuisses, à droite, les croûtes ont disparu presque entièrement, laissant un tégument rouge vineux. Le reste de la peau est rouge-brunâtre avec une tendance à prendre une teinte café au lait. Entre ces placards, les petites bulles signalées le 20 octobre ont presque toutes atteint le volume d'une lentille, plusieurs se sont réunies, réalisant des bulles du volume d'une pièce de 1 franc, leur contenu est opaque, quelques bulles récemment apparues sont transparentes et claires.

A gauche, les croûtes persistent, elles présentent le même aspect que le 21 octobre. Le tégument qui recouvre le triangle de Scarpa a pâli, les nouvelles petites bulles signalées ont atteint des volumes variables, dont quelques-unes le volume d'une pièce de 5 francs. Leur liquide est clair, l'une d'elles, la plus volumineuse des bulles, est à moitié remplie d'un dépôt blanchâtre, que l'on arrive difficilement à dissocier avec une pipette (son liquide est examiné).

Sur le ventre, le thorax et les épaules, pas d'éléments nouveaux, les croûtes disparaissent peu à peu.

Sur les bras, à droite, les croûtes jaunes brunâtres s'épaississent encore un peu. Elles sont encore très adhérentes. Les petites bulles ont disparu, remplacées par des taches café au lait.

A gauche, on constate de nouveau une série de petites bulles à liquide clair ou opalescent. Elles siègent toutes sur des éléments érythémato-papuleux.

Sur les avant-bras, à droite, les croûtes se détachent difficilement et lentement; laissant un tégument rouge, quelques petites bulles ont augmenté de volume et occupent la surface d'une pièce d'un franc environ, leur contenu est blanchâtre et opaque. Au niveau des poignets, l'épiderme flétri sur des bulles vides, sèche sur place, arraché par endroits, il laisse à nu un derme humide et saignant.

A gauche, au niveau des bulles, l'épiderme a été complètement arraché par les pansements. On ne voit plus actuellement que des taches, les unes rouges vif, les autres brun sales, certaines enfin présentent encore des petits morceaux de croûtes ou de sang sec adhérent.

A la face dorsale des mains, pas de modifications.

Le dos ne présente pas de modifications appréciables.

L'examen du sang montre la formule leucocytaire suivante: polynucléaires neutrophyles 44 — polynucléaires éosinophiles 24 — grands mononucléaires 10 — moyens mononucléaires 10 — lymphocytes 6.

La température fait une poussée à 38,2°. Par ailleurs, signalons que le sein incisé est légèrement douloureux. A la palpation on trouve une deuxième collection. Le pouls suit la température, il est à 102. Les urines ont augmenté, 1.250 grammes par 24 heures, elles présentent un dépôt blanchâtre de phosphates, elles ne contiennent pas d'albumine.

Traitement: On continue le même traitement que les jours précédents, on remet sur le sein douloureux des compresses humides chaudes.

Le 30 octobre, la malade va bien, son état psychique est meilleur. Les nuits sont excellentes. Le prurit a presque disparu, les jambes ne présentent plus qu'un œdème très discret, elles ne sont plus douloureuses.

A l'examen: à la face dorsale des pieds, à droite, on ne constate plus de bulles, elles ont été toutes ouvertes. Elles sont remplacées par des croûtes brunâtres qui sont presque toutes déjà parties.

A gauche, il n'y a plus de croûtes, le tégument est rouge vineux, plus pâle par endroit, on constate encore quelques bulles au niveau de la plaque érythémateuse principale. Le bourrelet qui la limite du côté des orteils, est encore net quoique déjà moins saillant.

Au niveau des jambes, à gauche, les bulles sont remplacées par des croûtes brunâtres.

Sur les cuisses, à droite, le tégument a le même aspect que le 26 octobre, les bulles ont complètement disparu, elles sont remplacées par des croûtes.

A gauche, ils ne persistent que quelques rares petites croûtes brunâtres et très adhérentes au derme, les autres croûtes sont remplacées par des taches rougeâtres circulaires. Les bulles remplies par le dépôt blanchâtre se sont transformées en une croûte épaisse et irrégulière, jaunâtre, très adhérente, qui adhère au derme et à l'épiderme qui en fait presque partie.

Sur le ventre, le thorax, les épaules, les éléments s'appatissent peu à peu, il n'y a presque plus de croûtes. Celles-ci laissent à leur place des taches rouges.

Sur les bras, à droite, les croûtes jaunes brunâtres s'émiettent lentement. Les petites taches café au lait, qui ont prit la place des bulles, persistent.

A gauche, les petites bulles situées sur le trajet du paquet vasculo-nerveux, persistent, leur contenu est franchement purulent.

Sur les avant-bras, à droite, le tégument rouge vineux présente des taches rouge vif. De nouvelles bulles ont apparu, dont deux siégeant sur le trajet du cubital, elles atteignent le volume d'une pièce de deux francs. Leur contenu est clair et transparent.

Au niveau des poignets, les ulcérations qui marquent la place des bulles, sont recouvertes d'une croûte d'écailles de sang. L'épiderme ayant été enlevé par les pansements.

A gauche, le tégument ne présente que des taches pigmentaires, allant du rouge vif au brun café au lait. Sur le bord cubital, on constate une trainée de petites bulles dont quelques-unes atteignent la surface d'une pièce de 2 francs au niveau de l'épicondyle.

A la face dorsale des mains, on constate que l'érythème pâlit surtout au centre des placards.

Le dos ne présente pas de modifications.

La bulle du lobule de l'oreille a complètement disparu. C'est à peine si on devine une tache pigmentée.

L'examen du sang montre la formule leucocytaire suivante: polynucléaires neutrophiles 44 — polynucléaires éosinophiles 15 — grands mononucléaires 3 — moyens mononucléaires 16 — petits mononucléaires 22.

L'examen du liquide des bulles montre au niveau d'une bulle transparente siégeant sur le bras gauche, 5 à 10 éléments par champ: 94 polynucléaires éosinophiles — 6 polynucléaires neutrophiles. Pas de microbes à l'examen direct. On inocule ce liquide dans la cornée d'un lapin.

La température est normale, le pouls est cependant oscillant entre 100 et 80. Le sein incisé va bien, la plaie est nette. La deuxième collection constatée ne semble pas se collecter. Les urines sont devenues claires, la malade urine 1.300 grammes par 24 heures. L'albumine mesurée au tube d'Esbach est absente. L'utérus est normal, il n'y a plus de lochies depuis une dizaine de jours.

Traitement: On continue le même traitement que les jours précédents et quoique le sein soit moins douloureux, on continue les compresses humides.

Le 2 novembre. L'état de la malade est excellent. Le prurit a complètement disparu, elle dort bien, mange bien, ses fonctions digestives se font bien.

A l'examen à la face dorsale des pieds, les croûtes ont complètement disparu, il n'y a plus de bulles, les placards érythémato-papuleux s'effacent lentement.

Au niveau des jambes, on trouve encore quelques croûtes brunâtres sur les cuisses, sur les parties antérieures et internes, sur la région limitée par le couturier en dehors sont apparues une série de petites bulles à peu de choses près symétrique sur les deux cuisses. Quelques-unes ont déjà atteint le volume d'une pièce de 50 centimes. Cette poussée bulleuse a été précédée la veille par un peu de prurit qui n'a pas attiré particulièrement l'attention de la malade. Le contenu de ces bulles est transparent, clair, citrin. Elles siègent sur des placards érythémato-papuleux, en dehors des cicatrices des bulles précédentes. Sur le ventre, le thorax, les épaules, les éléments disparaissent peu à peu, laissant des taches pigmentaires plus ou moins foncées.

Sur les bras, à droite, les croûtes ont disparu, il ne reste que des pigmentations circinées.

A gauche, les petites bulles situées sur le trajet du paquet vasculo-nerveux ont atteint des volumes variables entre un grain de millet et une pièce de 2 francs.

Sur les avant-bras, à droite, on trouve deux bulles qui ont atteint le volume d'une pièce de 5 francs. Autour d'elles sont apparues des petites bulles grosses comme des têtes

d'épingles. Ces bulles sont opalines et brillantes, elles contiennent un liquide purulent.

Au niveau du poignet, on ne trouve que des taches pigmentaires, à gauche, en dehors de la pigmentation, on constate le long du bord cubital une traînée de bulles dont quelques-unes ont été percées. Les autres ont augmenté de volume et ont atteint la surface d'une pièce de 50 centimes à 1 franc. Leur contenu est opalin ou clair et transparent. Deux bulles se sont confondues à la partie moyenne, reformant un aspect que nous avons déjà observé, un sillon de division et des angles pointus à la périphérie. Cette bulle occupe la surface d'une pièce de 5 francs environ, son contenu est franchement opaque. A la face dorsale des jambes, l'érythème et les papules disparaissent laissant une peau rouge violacée.

Le dos ne présente pas de modifications.

L'examen du sang montre 4.450.000 globules rouges — 9.400 globules blancs: polynucléaires neutrophiles 56 — polynucléaires éosinophiles 13 — grands mononucléaires 13 — moyens mononucléaires 10 — petits mononucléaires 2 — lymphocytes 6.

La température est montée dans l'après-midi à 38°, le poulx est à 90°, le sein est à nouveau douloureux.

Les urines sont normales.

Traitement: On continue le même traitement que les jours précédents, compresses humides chaudes sur le sein droit.

7 novembre, la malade aurait déjà quitté le service si ce n'était son abcès du sein que l'on incise ce jour.

A l'examen, toutes les bulles ont disparu, il persiste encore quelques croûtes, qui peu à peu se défont, laissant des pigmentations qui varient du rouge vif au brun café au lait. Les pigmentations rouges vif siègent surtout là où les croûtes ont été arrachées par grattage. Les pigmentations café au lait dessinent des contours circinés polycycliques, rappelant par leur forme les contours en carte de géographie des placards érythémato-papuleux, qui sont loin encore d'être tous disparus. Ils siègent surtout sur les cuisses, les avant-bras, les mains et le dos, où ils ont encore leur aspect rouge violacé et leur saillie périphérique au maximum.

L'examen du sang montre la formule leucocytaire suivante: polynucléaires neutrophiles 58 — polynucléaires

éosinophiles 17 — polynucléaires basophiles 4 — grands mononucléaires 4 — moyens mononucléaires 17.

La température est à 38,6°, le pouls suit la température. Le sein présente une collection fluctuante à sa partie interne.

Les urines sont normales sans pus, ni albumine.

Traitement: Le régime lacto-végétarien est maintenu, on fait toujours des pansements à la pommade au 914 et au tulle gras. L'abcès du sein est ouvert par une incision radiée. La collection est bourrée avec une mèche.

L'examen du pus montre un pus bien lié, verdâtre, il contient des chaînettes Gram positif, faisant encore penser à un streptocoque.

Le 9 novembre, la malade va toujours très bien, aucune nouvelle éruption, les placards érythémato-papuleux s'effacent lentement, laissant après eux des pigmentations surtout marquées au niveau de leur bourrelet périphérique.

A l'examen du sang: 4.500.000 globules rouges — 7.200 globules blancs; polynucléaires neutrophiles 52 — polynucléaires éosinophiles 5 — polynucléaires basophiles 7 — grands mononucléaires 3 — moyens mononucléaires 18, petites mononucléaires 15.

Après l'incision du deuxième abcès du sein la température est tombée à la normale.

Traitement en dehors du régime, tous les traitements locaux sont supprimés. A cette date on commence un traitement au 914. On lui fait à ce jour 0,15 gr. de novarseno-benzol intraveineux.

Le 10 novembre, la malade quitte le service après déméchage de son abcès du sein. La plaie a bon aspect.

L'examen du sang montre polynucléaires neutrophiles 53 — polynucléaires éosinophiles 10 — polynucléaires basophiles 4 — grands mononucléaires 4 — moyens mononucléaires 27 — petits mononucléaires 2.

La malade revient aux piqûres de 914.

Le 25 novembre, la malade va très bien, elle n'a eu ni bulles, ni éruption depuis sa sortie de l'hôpital.

L'examen de la formule leucocytaire montre: polynucléaires neutrophiles 49 — polynucléaires éosinophiles 4 — grands mononucléaires 8 — moyens mononucléaires 26 — petits mononucléaires 13.

Traitement: Elle reçoit 0,30 gr. de 914 intraveineux.

Le 9 décembre, l'état de la malade reste excellent. Elle reprend des forces.

L'examen de la formule leucocytaire montre: polynucléaires neutrophiles 38 — polynucléaires éosinophiles 7 — grands mononucléaires 11 — moyens mononucléaires 31 — petits mononucléaires 13.

Traitement: elle reçoit 0,45 gr. de 914 intraveineux.

Le 17 décembre, la malade revient nous voir une dernière fois, elle part en province. Son mari doit quitter Paris. Aussi avant son départ, nous lui faisons un examen complet.

A l'examen, la malade présente:

Sur le thorax au-dessus des seins, surtout à droite quelques taches pigmentées occupant des surfaces variables allant de 50 centimes à 5 francs. Leur bord est plus foncé que leur centre. L'abdomen présente une double traînée de taches pigmentaires parallèles et sousjacentes aux rebords costales.

Dans la région suspubienne, taches plus régulières qui filent vers les flancs, allant rejoindre de chaque côté l'éruption du dos. Ces taches sont plus foncées que la tache péri-ombilicale qui provient de la première poussée de l'Herpes gestationis, celle-ci est d'une couleur brun sale.

Les cuisses sont occupées dans leurs deux tiers supérieurs par une pigmentation à contours inférieurs polycycliques, à la partie inférieure linéaire. Sur cette pigmentation café au lait, on remarque des taches plus foncées, soit rouge vif, souvent légèrement excavées et qui correspondent vraisemblablement à des excoriations.

Chaque genou présente une tache brune peu visible.

Les jambes sont couvertes de circonvolutions brunâtres, dont le centre est aussi clair que la peau normale.

Les bras et les avant-bras sont presque bruns. Là encore on constate des contours polycycliques plus foncés que le centre des lésions. Mais le centre des lésions est foncé café au lait, sur cette pigmentation on constate des taches, les unes plus foncées tirant sur le brun, les autres claires ou rouges vif. Ces dernières sont particulièrement abondantes sur la face antérieure des avant-bras.

Le dos des mains est par contre à peine coloré.

Le dos de la malade ne présente qu'une coloration discrète café au lait très clair. Il n'y a aucune tache, aucune circonvolution sauf au niveau de la nuque et des fesses où on constate une zone étroite plus foncée.

A l'examen: les organes génitaux sont normaux, il n'y a pas de lochies.

L'examen du sang montre la formule leucocytaire suivante: polynucléaires neutrophiles 33 — polynucléaires éosinophiles 4 — polynucléaires basophiles 1 — grands mononucléaires 10 — moyens mononucléaires 36 — petits mononucléaires 12 — lymphocyte 1.

Remarquons qu'elle allaite toujours son enfant au sein. L'enfant va très bien, il n'a jamais présenté d'éruption, ni de troubles alimentaires, il pesait 2.800 grammes à la naissance, il pesait 3.700 grammes quand la malade quitte le service.

Vers la fin du mois de janvier 1932, le mari de la malade est venu nous voir. La malade allait très bien et était près de finir son traitement au 914, qu'elle avait continué au lieu de sa résidence.

Elle a reçu en tout, près de 0,10 gr. par kilogramme de son poids, de 914.

ETUDES DE L'HERPES GESTATIONIS.

DEFINITION.

On décrit sous le nom d'Herpes gestationis une éruption erythémato vésiculo bulleuse, symétrique prurigineuse qui survient par poussées au cours de la gestation ou de la puerpéralité, qui récidive de plus en plus précocément au cours des grossesses successives.

HISTORIQUE.

L'Herpes gestationis décrit sous des noms variés est connu depuis plus d'un siècle. La relation constante de cette dermatose avec la puerpéralité toujours bien notée par les auteurs permet de la reconnaître facilement.

Il semble que Robert Willan en 1808 signale un cas d'Herpes gestationis sous le nom de pempholix (c'est-à-dire éruption bulleuse) chez une femme au 5^e mois de sa grossesse.

En 1811 Brunel, dans sa thèse inaugurale sur les pemphigus (Thèse de Paris), publie une observation (obs. IV) de pemphigus qui apparaît pendant la grossesse avec récidives après accouchement. Pemphigus prurigineux qui peut s'accompagner d'une poussée fébrile, avec état général intact et guérison complète en dehors des états puerpéraux. Brunel souligne le rapport constant de ces pemphigus avec la gestation.

En 1813 Gilibert dans «sa monographie sur les pemphigus».

En 1835 Rayer dans «son traité pratique et théorique des maladies de la peau» insiste sur les éruptions bulleuses qui accompagnent les désordres de la menstruation. Mais c'est en 1860 que Gilbert dans son «Traité pratique des maladies de la peau et de la syphilis» rappelant l'opinion d'Actius qui avait remarqué la coïncidence des éruptions bulleuses aux cuisses et la suppression ou le cours irrégulier des règles, il ajoute «qu'un médecin allemand cité par Joseph Frank avait observé une malade qui toutes les fois qu'elle devenait enceinte après son premier accouchement, était prise de pemphigus pendant les derniers mois de la grossesse». Ainsi se trouve marquée la notion des récidives et leur dépendance des gestations successives.

En 1852 Chaussit dans les «Annales des maladies de la peau et de la Syphilis» rapporte un cas sous le nom de «Pemphigus aigu pruriginosus», du fait des symptômes qu'il avait observés.

En 1853 Hardy dans ses «Leçons sur les maladies de la peau» sous le nom de «Pemphigus aigu pruriginosus», donné 10 ans avant par Chaussit, décrit un cas d'Herpes gestationis.

Observation très importante, car elle fait préciser à Hardy 6 caractères du syndrome :

- 1° la répétition des poussées avec les grossesses;
- 2° l'aggravation à chaque récidive;
- 3° la précocité progressive du début des récidives avec la répétition des grossesses;
- 4° la santé parfaite entre les grossesses;
- 5° l'inefficacité des traitements médicamenteux;

6° le bon développement des enfants malgré la dermatose maternelle.

Jusqu'en 1872 les auteurs de langue allemande, Klein, Kobner, Hebra lui conservent ce nom de «Pemphigus». Mais bientôt d'Angleterre part le mouvement qui tend à séparer les pemphigus et l'Herpes gestationis.

En 1867 Wilson (on diseases of the skin, London) décrit 2 cas d'herpes circinatus bullosus.

En 1869 Milton (journal of cutaneous medicine p. 311) décrit une éruption erythemato vesiculo bulleuse survenant au 4^e mois de la 8^e grossesse avec poussée après la délivrance et guérison. Il signale la même éruption chez la même femme à la 1^{re} et à la 5^e grossesse.

En 1872 Milton reprend cette observation. Il insiste sur l'aspect herpétiforme, type de l'éruption, et lui donne le nom d'«Herpes gestationis», signalant ainsi pour la première fois dans le nom du syndrome les caractères vésiculo bulleux de l'éruption négligés jusqu'alors.

En 1874 Duncan Bulkley (American journal of obstetrics), consacre un mémoire avec une observation personnelle d'Herpes gestationis type, prise en 1870. «Au septième mois d'une première grossesse apparaît sur les pieds et les mains une éruption papulo vesiculo bulleuse prurigineuse qui se généralise. Elle disparaît à la fin de la grossesse, courte récurrence après la délivrance. Après un silence de deux ans et demi sauf des poussées d'urticaire, au 5^e mois de la 2^e grossesse, poussée discrète avec petite récurrence après l'accouchement.» Dans ce mémoire se trouve pour la première fois soulevée la question de la pathogénie de l'Herpes gestationis. Nevrose cutanée, la peau traduit pour cet auteur l'irritation des nerfs cutanés au cours de

certaines grossesses. Ces relations des organes génitaux et du système cutané déjà nettes au cours de la puberté est encore plus net au cours de la grossesse, tant physiologique (marquée par la pigmentation localisée ou généralisée) que pathologique (prurit, urticaire, acné, eczéma, herpes, psoriasis) qui, s'il ne trouvent pas leur cause dans la grossesse, sont incontestablement aggravés par elle.

Sauf en 1878 Liveing qui propose de donner au syndrome le nom d'Hydroa gestationis.

Et en 1879 Wyndham Cottle celui d'Erythéma gestationis.

Le nom d'Herpes gestationis de Milton, ses idées pathogéniques sont acceptées par presque tous les auteurs.

Le 6 mars 1884 Duhring, dans une communication à l'Association médicale américaine, introduit dans la pathologie cutanée le nom de Dermatitis herpetiformis. Sous ce nom il réunit :

l'herpes circinatus, bullosus de Wilson 1865,
le pemphigus circinatus de Roger 1828,
l'herpes phlycténoïde de Chaussit 1852,
le pemphigus pruriginosus de Chaussit,
le pemphigus composé ou herpes pemphigoïde de Denergie 1857,

le pemphigus de Klein 1867,

le pampholyx de R. Willan 1808,

l'hydroa vesiculeux vacciniforme bulleux de Bazin 1868,

l'hydroa simple, herpétiforme prurigineux de Tilbury Fox 1873,

enfin l'impetigo herpétiforme de Hebra Kaposi, mais devant l'insistance de Brocq il l'en sépare en 1888.

Duhring fait de même entrer l'Herpes gestationis dans sa dermatite herpetiforme, il en fait simplement une forme clinique au cours de la gestation, celle-ci n'étant ainsi qu'une des nombreuses causes nécessaires ou favorables au développement de cette dermatose. Cependant remarquons que l'herpes gestationis ne récidive que pendant les grossesses ou les puerpéralités successives. L'utérus devenu normal, l'éruption disparaît. La chronicité signe fondamentale pour Duhring de sa dermatitis herpetiformis manque malgré les cas signalés par Wilson, Walter, G. Smith, Leveing qui ont duré jusqu'à 3—9 mois et même deux ans. Cette remarque faite, ces idées furent admises sans discussions par les auteurs anglais et américains et seul peut être Kaposi en Allemagne s'élève contre ces assertions.

En 1889 Duhring publie une observation: «Malade de 28 ans consulte en février 1883 pour une inflammation chronique de la peau étendue à tout le tégument. Il y a trois ans et demi au troisième mois de la 2^e grossesse les lésions apparaissent sur les surfaces de flexion du bras droit et de la cuisse, sur l'abdomen sous forme de petits groupes annulaires de vésicules, ne dépassant pas en étendue les dimensions d'une pièce de 50 centimes. Dès le début les lésions furent prurigineuses, elles s'étendent lentement et envahirent tout le corps. Trois semaines après cette attaque des bulles se formèrent, elles se rompaient facilement et laissent à leur place des surfaces excoriées. A mesure que la grossesse avançait, la maladie s'aggravait atteignant son maximum au 4^e ou 5^e mois. A cette date on a remarqué sur les poignets, les paumes des mains et les plantes des pieds, des élevures allongées, fermes, blanches striées qui s'ouvraient et d'où s'échappaient de petites masses semblables à du fromage.

Au 6^e mois la peau reprend son aspect normal. Mais cette remission fut courte — une semaine après — nouvelles vésicules et bulles se développent couvrant aussi les jambes et les pieds, région qui avait été respectée jusque-

là. Quelques bulles se transforment en pustules. L'enfant vint au monde à terme et mourut 4 jours plus tard.

Après la délivrance et pendant 3 semaines, les vésicules et les bulles deviennent rares, la malade se sent guérie, mais après quelques jours des petites pustules se montrent puis disparaissent, alors il y eut des poussées successives, bulleuses et pustuleuses. Pendant l'hiver, tantôt amélioration, tantôt aggravation, durant l'été, localisation aux aisselles et aux aines, caractérisé par une surface douloureuse exco-riée suintante qui démange. La peau de la paume des mains et de la plante des pieds était épaissie. Au-dessous il se forme des collections purulentes et des décollements. Cet état dura 3 ou 4 mois.

Le 1^{er} octobre 1881, légère perte de sang et éruption de vésicules et de bulles. Les bulles étaient grosses comme des noisettes et contenaient du pus. Les vésicules étaient petites (têtes d'épingles) tassées et criblant la surface de la peau ainsi pendant tout l'hiver, puis l'éruption se transforme, de larges bulles et de larges pustules apparurent surtout à la face qui était très enflée. Les règles qui ne vinrent pas pendant cinq mois (octobre 1881 février 1882). La malade prit de l'arsenic à haute dose et suivit plus tard un traitement électrique qui la soulagea. L'amélioration continua lentement jusqu'en juillet 1882 et alors tout à coup, sans cause apparente, se déclare une violente inflammation au niveau des pieds et des mains et de larges pustules se forment sur la paume des mains et la plante des pieds et sur la face.

Il y eut des poussées successives pendant l'été et l'automne jusqu'à l'époque actuelle. Les lésions étaient des vésicules et des pustules blanchâtres, très serrées les unes contre les autres, couvrant toutes la surface du tégument. Sa santé avait été très variable, plusieurs fois elle s'était sentie très faible, abattue, ayant des frissons répétés.

La menstruation s'était régularisée, l'appétit était bon, poids 95 livres.

Voici son état en février 1883: Toute la surface cutanée est occupée par un érythème légèrement ortié, à marche subaiguë et par des lésions papuleuses, papulo-vésiculaires et pustuleuses, toutes très polymorphes. Elles ont des dimensions variables (pointe d'épingle, tête d'épingle, petit pois) très nombreuses, fermes et granitées au toucher comme à la première période de la variole. La peau en est criblée, elle est épaissie et pigmentée. Cette éruption est

très prurigineuse, le cuir chevelu et la face sont moins touchés. Mais tout le tégument y compris la paume des mains et la plante des pieds est couverte de lésions primitives et secondaires.

On institua le traitement suivant: sur la moitié droite du corps, frictions de soufre précipité sur la moitié gauche lotion avec une solution alcoolique de coaltar.

Per os. Sulfate de magnésie, Bitartrate de Potassium, soufre précipité, glycérine, eau de menthe poivrée, et aussi du fer, quinquina, arsenic. La nuit chloral et Bromure de potassium. Les deux remèdes locaux agissent également cependant l'amélioration fut plus rapide sur les surfaces en contact avec le coaltar. On l'applique en frictions énergiques sur tout le corps, le prurit diminue, puis la peau se modifia en quelques jours, l'éruption diminua, la santé générale reprit le dessus. Au bout d'un mois la malade est assez bien portante pour retourner chez elle.

Duhring ajoute «cette Dermatite Polymorphe était liée au mauvais état général qui précède la grossesse et plus particulièrement à la grossesse elle-même. Les manifestations cutanées étaient entretenues par les troubles de la fonction menstruelle et par les désordres nerveux qui en résultèrent. Elle représente la variété multiforme de la dermatite herpétiforme.»

C'est autour de cette observation qui confirme la conception uniciste de Duhring que gravitèrent toutes les discussions. Avec lui, les unicistes rapprochent les deux types morbides selon eux à tort séparés. Les dualistes séparent l'Herpes gestationis de la Dermatite herpétiforme types morbides différents. L'évolution des lésions et le rôle provocateur de la grossesse en faisant preuve.

En 1888 Brocq dans les «Annales de Dermatologie» après avoir analysé avec soin les détails du tableau clinique dont il montre la différence avec l'impetigo herpétiforme de Hebra-Kaposi, se prête aussi à la discussion de la pathogénie. Il admet la théorie de Milton de névrose cutanée, mais il ajoute que son point de départ est l'irritation des nerfs

utérins. Il essaye de classer l'Herpes gestationis dans le cadre nosologique. «Elle en a, dit-il, les mêmes phénomènes éruptifs, les mêmes troubles fonctionnels, mais à cause de sa marche, de son étiologie et de sa pathogénie, si particulière, nous pensons devoir encore la conserver comme groupe morbide assez distinct et tout au moins lui donner une dénomination spéciale» et il en fait une forme clinique de la dermatique herpétiforme prurigineuse chronique qu'il nomme «Dermatite polymorphe prurigineuse récidivante de la grossesse». De tendances unicistes, en 1894 Brocq, à la Société de Dermatologie, au cours d'une présentation d'Herpes gestationis, confirme son unicisme. C'est à cette conclusion que se rattache Unna qui cependant ajoute que la récurrence est nécessaire pour affirmer le diagnostic de dermatite herpétiforme.

Unna, voulant simplifier le nom, propose le nom d'«Hydroa» dont il distingue quatre types *Hydroa mitis*, *gravis*, *gravidarum*, *puerperum*.

En 1892 Uttmann et Ledermann protestent contre cette identification. Le professeur Fournier fait des réserves. Il les distingue très nettement tout en les mettant dans le même groupe.

En 1895 Lerrede et Perrin introduisent une notion nouvelle qu'ils découvrent dans un cas d'Herpes gestationis et qui est propre pour eux à la dermatite herpétiforme prurigineuse: c'est l'éosinophilie. Caractère qui leur permet d'assimiler l'Herpes gestationis et la Dermatite herpétiforme prurigineuse. (Perrin thèse de Paris 1895). Ils étudient la toxicité des liquides des vésicules et des urines sans résultats probants. Ils cherchent en vain l'agent pathogène de l'affection. Ils font dans ce but une étude histologique très complète des éléments cutanés de l'Herpes gestationis et de la

Dermatite herpétiforme. Remarquons en passant que, malgré les recherches répétées depuis trente ans, il en a toujours été de même ou à peu de choses près.

En 1899 Lerrede dans les «Archives de la Médecine» et en 1902 dans «la Pratique dermatologique (les Hematodermes)» défend avec énergie la théorie pathogénique de l'intoxication sanguine.

Hallopeau à la Société de la dermatologie et de la syphiligraphie complète cette idée en posant l'hypothèse de l'origine autotoxique de l'Herpes gestationis.

En 1907 Lams dans un article de la Revue de Médecine discute la valeur de l'éosinophilie sanguine et bulleuse de la dermatite polymorphe prurigineuse. Il montre qu'elle n'a rien de spécifique car elle existe dans un grand nombre d'affections cutanées et qu'elle ne peut ainsi servir d'argument aux unicistes tels que Lerrède et Perrin qui, d'ailleurs, ont observé eux-mêmes ces faits. Ces recherches sont confirmées par les études faites depuis (Olga Eliacheff).

En 1905 le professeur Pinard (thèse de Vidal, Paris 1905) (de Léonce Hatton, Paris 1912) reprend les idées de Hallopeau 1902 sur l'étiologie autotoxique de l'Herpes gestationis. Les études biologiques et physiologiques des fonctions de la peau confirment les hypothèses de Milton sur les relations genito cutanées. Les pigmentations cutanées de la grossesse, le prurit, les érythèmes, l'Herpes gestationis ne sont pour le professeur Pinard que des variantes de la même dermatose autotoxique. Aussi cet auteur propose d'appeler l'Herpes gestationis «l'Herpes polymorphe gravidique». Cette dénomi-

nation d'après lui exprimerait beaucoup plus, la réelle signification de l'éruption. Enfin les études nouvelles faites depuis 1920 ont ouvert des horizons nouveaux. En effet, les dermatoses autotoxiques, ainsi que l'on tend à les appeler, seraient dues à des poisons humoraux produits par l'intoxication gravidique. Ceux-ci pouvant frapper indifféremment le rein, le foie, l'utérus lui-même et plus rarement la peau. Ces poisons d'origines endocriniens réagiraient soit directement sur la peau, soit par l'intermédiaire du sympathique qu'ils irriteraient. La question est en cours d'étude (Serge Selitzki. Gynécologie et obstétrique 1930). Cliniquement les auteurs modernes montrent qu'il est des cas où l'Herpes gestationis peut être distingué de la maladie de Duhring Brocq (cas de Charles Aubry) et que l'Herpes gestationis, l'impetigo de Hebra, le pemphigus de Neumann, entités essentiellement distinctes ou considérées comme tel, ne présentent pas de différences aussi absolues que les dermatologistes du siècle dernier l'ont affirmé. Il existerait des formes intermédiaires d'un diagnostic absolu extrêmement difficile, les arguments cliniques manquant. Ces formes feraient admettre des formes de passage entre ces différentes dermatoses. (Pautrier et Lanzenberg — Société de Dermatologie et de Syphiligraphie 1926 S. Dexeus Font et F. Seira Robert, Rev. Méd. de Barcelone, janvier 1924.)

ETUDE DES SYMPTOMES CLINIQUES.

ETIOLOGIE.

L'Herpes gestationis est un syndrome rare. En 10 ans à la clinique obstétricale de l'hôpital de la Pitié de Monsieur le professeur Jeannin on en rencontre un seul cas sur 35.000 accouchements environ. L'étude de la littérature internationale montre que peu d'auteurs en aient vu plusieurs cas. Monsieur le Professeur Bar donne à la clinique Tarnier une fréquence de 1 pour 5.000 accouchements (Levigné), mais dans ce chiffre sont comprises toutes les dermatoses graves.

Cette dermatose apparaît avec la même fréquence chez la multipare que chez la primipare. Le plus souvent entre 30 et 35 ans. Elles atteignent surtout les femmes de la classe laborieuse. C'est entre le 6^e et le 9^e mois de la grossesse que survient le plus fréquemment la première poussée éruptive (L. Dubrisay et C. Jeannin).

Certains auteurs ont décrit des causes prédisposantes dont la valeur est loin d'être établie. Ce sont: l'hyperexcitabilité nerveuse, les troubles gastro-intestinaux, les lésions discrètes du foie.

SYMPTOMES CLINIQUES.

Les prodromes sont importants, cependant leur connaissance ne permet en rien de prévoir l'éruption. Car ce sont des symptômes banaux.

1^o Signes généraux, sensation de fatigue, de courbature, d'abattement, d'inappétence, la pâleur de ces femmes est souvent marquée, parfois on trouve une petite pousée de température à 38°.

2° Signes subjectifs plus importants. Au point où apparaîtra l'éruption, la malade ressent des fourmilléments, des picotements, une sorte de tension, surtout un prurit intense qui provoque un besoin irrésistible de grattage au niveau des zones prurigineuses. Surtout nocturne, il s'exagère à la chaleur du lit, empêchant tout sommeil.

Avec l'extension de l'éruption ces signes subjectifs gagnent tout le tégument annonçant par leur siège, la localisation des éléments éruptifs. Cette période dure de 24 à 48 heures, puis apparaît l'éruption.

ERUPTION.

Elle évolue habituellement en deux temps :

pendant la grossesse, l'éruption est composée d'érythème et de vésicules et de quelques rares bulles.

pendant les suites de couches, rechute ou première poussée elle revêt son caractère pathognomonique, la bulle siégeant sur les éruptions érythémato-papuleuses (Brocq).

D'EMBLEE ON EST FRAPPE PAR LA SYMETRIE DES LESIONS.

L'éruption débute le plus souvent aux extrémités des deux membres. Sur les faces dorsales des mains et des pieds, en des points symétriques, plus rarement par les cuisses, les jambes, les bras, les avant-bras, enfin la région ombilicale (observation) soit par des plaques érythémateuses.

L'élément est formé par une simple tache uniformément rouge écarlate, plus ou moins bien cir-

conscrite, arrondie ou ovulaire, de la grandeur d'une pièce de 50 centimes à 1 franc, nettement séparée des autres éléments par des parties de peau saine. Elle ne paraît pas être plus chaude que la peau environnante, elle disparaît peu ou pas à la pression des doigts, elle est très prurigineuse.

Soit par des plaques papuleuses, tantôt l'élément papuleux est secondaire à l'élément érythémateux. La tache rouge écarlate se surélève soit spontanément, soit à la suite de grattage (Levigné), formant une papule qui rappelle l'urticaire, si ce n'était sa couleur plus foncée. Tantôt plus souvent l'élément papuleux apparaît d'emblée uniformément rouge cerise, rouge violacé, de même surface que les plaques érythémateuses, nettement circulaires, sans bords encore nets. Elle est nettement isolée par sa surélévation de la peau saine qui l'environne. Au toucher la plaque est chaude, lisse, sèche. Elle ne disparaît pas sous la pression du doigt. Ces éléments restent rarement isolés, en quelques heures, d'autres placards apparaissent, se groupant en amas irréguliers par groupes de 3 ou 4 parfois davantage irrégulièrement développés.

L'éruption gagne en longue trainée les jambes, parfois le placard papuleux reste stationnaire. Le plus souvent, il s'étend en surface pendant quelques heures avec une vitesse inégale, se confondant avec les placards environnants. Mais c'est en vieillissant que l'érythème papuleux revêt les caractères propres à l'Herpes gestationis. Aussi c'est en pleine éruption quelques heures après le début de la dermatose quand le corps est envahi presque en entier, que nous reprendrons sa description,

A ce moment, l'éruption a gagné les jambes, les cuisses, l'abdomen, les avant-bras, les bras, la face antérieure des aisselles, la poitrine, le dos et la nuque jusqu'à la racine des cheveux, sont atteints. Le maximum des lésions siège sur la face antérieure des avant-bras, au niveau du triangle de Scarpa. Par contre, il est des régions indemnes: la plante des pieds, la paume des mains, les organes génitaux externes, le visage, le cuir chevelu et la région mamelonnaire des seins sont exceptionnellement atteints.

Au moment où le placard papulo érythémateux atteint son maximum, soit qu'il ait grandi de son propre chef, soit qu'il ait conflué avec les autres papules environnantes, il se présente comme une papule de grandes dimensions pouvant envahir une partie de segment de membres. A bords irréguliers inégalement découpés à limites en carte de géographie. Le placard a une teinte rouge vineux ou rouge violacé. Il a un aspect sec et rêche, plus rarement humide, plus pâle au centre, cette coloration est nette au niveau de ses bords, qui forment un bourrelet. Il existe au quadrillage tenu épidermique que l'on distingue nettement à la loupe.

Le bourrelet périphérique est surtout net au niveau des placards qui ont atteint leur maximum de développement. C'est une saillie nette, dépassant le bord du tégument de deux ou trois millimètres de hauteur, tombant à pic du côté de la peau saine, à bords internes moins nets du fait de la surélévation du placard il se confond progressivement avec lui. Au toucher la plaque est uniformément un peu plus chaude que le tégument environnant, elle donne une sensation de granité, elle est

sèche, parfois humide. Le placard se pince difficilement avec les doigts, il paraît infiltré, œdématié, cette infiltration est encore plus nette au niveau du bourrelet. Sa saillie est nettement perçue au toucher. Au pied de ce bourrelet commence la peau saine, qui d'ailleurs entoure complètement chaque placard. Quand le placard est très étendu, le centre de la plaque est souvent moins net, aplati, moins coloré et se termine en mourant vers le centre de la lésion qui paraît saine ou légèrement teintée de jaune vif.

La grandeur de ces circinations est variable et peut parfois atteindre plusieurs centimètres. Entre ces placards existent des papules rouges saillantes, dures, de formes et de grandeur variables, parfois brillantes, rouge vif ou rouge bleuâtre, acuminiées quand elles sont petites. Elles s'étalent peu à peu, donnant naissance à de nouveaux éléments érythémateux dont elles ne sont que la phase de début.

LES VESICULES.

Les vésicules sont généralement petites, de la grosseur d'une tête d'épingle, un grain de millet, une lentille, un petit pois, pour bien les voir, il faut les regarder obliquement (Duhring). Elles naissent sur les plaques érythémateuses sur la peau saine, et sont rarement isolées. Réparties par amas irréguliers, par groupes de 3 ou 4 ou davantage, elles sont inégalement développées. Elles se ramassent de préférence sur les bords saillants, sur les bourrelets qui circonscrivent les placards. Elles sont alors tassées les unes contre les autres, formant des collerettes, des arcades en relief. A mesure que le placard s'agrandit, les vésicules disparaissent au

centre et tendent à se localiser à la périphérie de la lésion érythémato-papuleuse. Souvent ces vésicules siègent autour des plaques érythémateuses, par petits groupes isolés, disposés en arceaux, en lignes courbes, parfois disposées sur la peau saine, elles sont moins groupées, moins nombreuses, de contenu citrin. Elles rappellent l'éruption de l'herpes zoster, d'où vient leur nom d'Herpes gestationis.

Ces vésicules sont brillantes, perlées ou jaunâtres si leur contenu est devenu purulent, elles sont coniques, hémisphériques, aplaties, le plus souvent, elles sont fermés et distendues.

Leur paroi épidermique est épaisse, elles se déchirent difficilement si on cherche à la crever avec une aiguille, il s'en écoule une gouttelette de sérosité claire ou faiblement hémorragique. Après quelques jours, elles deviennent louches, opalines, traduisant leur transformation purulente.

L'évolution des éruptions est variable. Les placards érythémateux durent pendant toute cette première période de l'éruption. Les vésicules évoluent par poussées qui se répètent à intervalles variables en général quelques heures. Tantôt la vésicule ouverte par grattage, car elle est prurigineuse, se dessèche et forme une croûte plus ou moins colorée et épaisse qui tombe en une quinzaine de jours environ. Plus rarement, à cette époque, les vésicules augmentent de volume, soit en décolant spontanément l'épiderme, soit en s'unissant par le même mécanisme avec des vésicules voisines et passant ainsi au stade de bulle. Mais celles-ci sont rarement nombreuses à ce moment.

L'examen de la peau montre qu'il n'y a aucun trouble de la sensibilité, ni à la chaleur, ni à la douleur, ni au tact.

Les adenopathies sont absentes, et n'apparaissent discrètes qu'avec la purulence des vésicules.

L'évolution de ces lésions se fait dans les cas les plus typiques vers la guérison, un mois à 15 jours avant l'accouchement. Les érythèmes et les éruptions vésiculo-papuleuses, s'effacent lentement, laissant une peau rouge, mais lisse, puis peu à peu la peau prend une coloration café au lait. Là où siégeaient les bourrelets des plaques papuleuses, dessinant des grandes courbes arrondies, vers l'intérieur des placards, la peau devient jaune sale. Ces pigmentations s'effacent lentement, mais restent encore très marquées au moment de l'accouchement. Cependant, il faut remarquer que le plus souvent les lésions n'obtiennent pas l'extension que nous leur avons décrite. En effet, l'éruption reste plus discrète, aussi ne voit-on que rarement ces malades dans les maternités, le plus souvent, elles consultent dans les services de dermatologie (observation) et comme les lésions n'ont pas le plus souvent leur aspect bulleux typique, on ne pense pas à l'Herpes gestationis. La malade voyant ses éruptions disparaître se croit guérie. L'accouchement se fait normalement.

Il n'est pas signalé dans la littérature si l'éosinophilie sanguine disparaît ou persiste pendant cette période.

Quand brusquement 24 à 48 heures après la délivrance, les accidents reprennent dans l'ordre que nous leur avons donné, mais avec une intensité particulière, prenant souvent, à ce moment seulement, leur aspect bulleux caractéristique.

Nous n'insisterons pas sur l'érythème, les papules, les vésicules qui revêtent exactement les

mêmes caractères que pendant la grossesse, tout en prenant toute leur intensité. Ces éruptions passent au second plan devant la fréquence et l'importance des bulles.

LES BULLES.

Les bulles apparaissent tantôt secondairement à des vésicules qui décollent l'épiderme et se transforment en bulle. Tantôt elles apparaissent d'emblée sous forme de petites bulles soit sur une plaque érythémato-papuleuse, soit sur la peau saine, formant des groupes d'éléments multiples séparés les uns des autres. Grosses au début comme un grain de blé, hémisphérique, tendu, en quelques heures, elles augmentent de volume avec une vitesse inégale, pour atteindre le volume d'un pois ou d'un haricot.

En 16 à 24 heures, elles atteignent leur volume maximum d'œuf de pigeon ou d'œuf de poule. En tous cas à partir de ce moment, leur augmentation est beaucoup plus lente. La bulle se présente alors comme une tuméfaction en forme de dôme ou mieux de voûte, formée par une lame épidermique fine, tendue, qui se continue avec l'épiderme de la peau en faisant un angle droit. La bulle est tendue, luisante, rénitante, élastique, n'obéissant pas à la pesanteur, elle garde sa forme quel que soit la position de la bulle par rapport au plan horizontal. La bulle grandit par décollement progressif de l'épiderme par la sérosité. Si, au cours de sa croissance, elle rencontre une bulle de voisinage, elle s'unit avec cette dernière, formant souvent des angles coupants, on croirait qu'il existe entre elles pendant quelque temps une paroi de séparation.

Mais celle-ci n'a qu'une existence éphémère, cette apparence disparaît rapidement. La bulle est uniloculaire (Brocq). En même temps, les angles coupants périphériques s'arrondissent. La bulle se trouve agrandie d'autant, signalons que la bulle peut être vidée à la pipette sans déplacer celle-ci. C'est à ce moment que l'on observe des bulles géantes qui peuvent occuper une surface grande comme une petite paume. Remarquons en passant, que la bulle au cours de sa croissance, quand elle siège sur une plaque érythémato papuleuse limitée par un bourrelet, ne franchit jamais celui-ci, le siège de la bulle importe peu, placard ou peau saine. Souvent on rencontre aussi une grosse bulle entourée de plusieurs plus petites.

Leur siège maxima est sur la face interne des cuisses, la partie antérieure des avant-bras, la face dorsale des mains et des pieds, enfin des bulles moins volumineuses siègent sur la face antérieure des aisselles. Signalons que sur le dos, les lésions sont érythémato-papuleuses et jamais bulleuses. La bulle contient un liquide citrin, légèrement filant, ayant un goût albumineux très prononcé, liquide d'une transparence absolue, acide au début, puis alcalin. Percée avec une pipette, la bulle laisse échapper la sérosité en petit jet, signant la tension sous laquelle elle est tenue. Le liquide évacué, l'épiderme se flétrit, se ride, le liquide restant obéit à la loi de la pesanteur, formant un godet recouvert par l'épiderme de la partie supérieure de la bulle qu'il recouvre en tenture. Il arrive souvent que le pertuis de ponction s'obture en quelques heures, la bulle se remplit de nouveau, sans atteindre toutefois la tension de la bulle intacte. Si d'emblée la

bulle n'est pas crevée, surtout dans les petites bulles, le liquide se trouble, perd uniformément sa transparence.

L'évolution des grosses bulles dont nous avons surveillé l'évolution, se fait d'une façon variable. Tantôt comme précédemment dans les petites bulles, le liquide se trouble uniformément. Tantôt après une période de 24 à 42 heures de transparence du contenu bullaire, on voit apparaître un dépôt blanchâtre en contact intime avec la peau comme sécrété par elle. Cet exsudat augmente lentement en 48 à 72 heures, il remplit complètement la bulle, le liquide qui surnage ce dépôt est d'abord transparent et clair, se trouble rapidement, même dans ce cas, on départage encore facilement les deux couches de la bulle.

La ponction de la bulle montre qu'il s'agit d'un dépôt pulvérulent impossible à aspirer avec une pipette de verre, car la partie effilée se trouve tout de suite bouchée, l'adhérence de cette couenne au derme sous-jacent est nette. Ouverte, si la bulle contenait du liquide clair ou trouble, l'épiderme des bulles s'applatit contre le derme, il prend un aspect ridé, vieillot, puis celui-ci devenu très fragile se déchire, laissant à nu le derme, qui se couvre d'une rosée de sang, celle-ci se sèche, couvrant l'ulcération d'une fine croûte de sang sec, qui s'en va rapidement quand on le gratte avec l'ongle. Grattée elle laisse une surface très légèrement suintante de sérosité. Pendant ce temps, l'épiderme desquamé sèche, disparaît par lambeaux, dont les fragments en s'arrachant n'empiètent jamais sur la peau environnante. La plaie dermique à la fin de cette desquamation est circulaire et bien limitée.

Si la bulle contient une couenne épaisse blanchâtre, la plaie reste couverte de l'épiderme qui, avec cette couche pulvérulente de polynucléaires, forme en séchant une croûte épaisse, irrégulière, adhérente au derme. Cette croûte arrachée montre sous elle un derme mis à vif, sécrétant une sérosité abondante, semblable à celle que l'on trouve sous les croûtes des petits décollements épidermiques traumatiques. Rapidement d'ailleurs, cette sérosité sèche en formant une croûte. Cette croûte d'abord blanc sale, brunit peu à peu, prend une teinte jaune brunâtre, persiste de 18 à 20 jours, puis se détache peu à peu laissant un derme épidermisé plus ou moins rouge, mais lisse et uni. Il faut remarquer ici que les points excoriés sont plus rouges vifs, mais dans l'ensemble, ces taches sont rares. Le prurit est peu marqué au stade bulleux du syndrome. Le signe de Nikolsky est toujours absent.

Ces bulles apparaissent par poussée irrégulière, tous les jours pendant que d'autres bulles grandissent et disparaissent, puis peu à peu les bulles deviennent plus rares, quelques-unes encore, du volume d'un œuf, apparaissent encore à n'importe quel point du corps. Enfin l'éruption se traduit par quelques petites bulles séparées, vers la 4^e ou 5^e semaine des suites de couches, l'éruption s'éteint complètement, laissant après elle, d'abord de grands dessins, des courbes qui limitent des plaques rouges vineuses, dont la coloration est très nette sur les bords beaucoup plus pâle en leur centre. Malgré la desquamation active qui se fait au niveau de toutes les zones touchées, l'épiderme prend une teinte café au lait, plus nette au niveau des bourrelets périphériques des placards érythémato-papu-

leux. Cette pigmentation dure deux mois, s'efface lentement, les téguments ayant repris depuis longtemps leur souplesse normale. Il faut ajouter qu'il n'est pas rare de rencontrer pendant cette période d'éruption bulleuse, des œdèmes localisés, principalement aux jambes. Œdèmes durs, ne prenant pas le godet qui donne une sensation de tension fort pénible et qui rétrocedent avec la disparition de l'éruption. Remarquons de même qu'au cours de toute l'éruption, il n'y a aucun trouble de la sensibilité cutanée que les adénopathies sont absentes, tant que les bulles sont transparentes, elles restent discrètes, même quand la purulence apparaît.

L'examen de l'état général montre: une pâleur souvent marquée, l'appétit est un peu diminué, la langue est suburrale. Le tube digestif fonctionne bien.

L'examen du cœur, des poumons, du foie, de la rate, ne montre dans l'ensemble rien de particulier. La tension artérielle est normale (12—8 1/2, appareil de Vaquez observation).

Il n'y pas de température, si ce n'est au début des accidents où elle atteint rarement plus de 38,5°.

Il faut insister sur le psychisme de ces malades, émotives, irritables, déprimées, découragées, se prêtant difficilement aux soins. L'épuisement nerveux, dans lequel arrivent ces malades du fait du prurit, est toujours extrêmement marqué.

L'examen du liquide des bulles sera vu avec l'étude anatomo-pathologique des lésions cutanées.

L'examen du sang montre avant, comme après l'accouchement, une légère anémie, 4.000.000 de globules rouges environ, une leucocytose moyenne, 10.000 globules blancs environ, 80% d'hémoglobine environ.

Chiffres qui correspondent cependant à peu près aux données de l'accouchement normal (H. Vignes, Schickelé).

L'examen de la formule leucocytaire montre la présence de polynucléaires éosinophiles qui peuvent atteindre une proportion de 25 % (observation). Le reste de la formule est à réaction polynucléaire, par exemple 56 polynucléaires neutrophyles — 23 polynucléaires éosinophiles, 4 grands mononucléaires — 13 moyens mononucléaires — 4 petits mononucléaires (observation).

Il semble, d'après notre observation, que l'importance de l'éosinophilie évolue en rapport étroit avec l'importance et l'évolution des lésions cutanées.

A l'état frais, l'examen microscopique du sang entre lame et lamelle montre des cristaux de Charcot Leyden qui augmentent à mesure que la préparation séjourne à l'air.

Tous les examens et toutes les recherches ont montré que le sang, au cours de l'Herpes gestationis, est stérile.

Par contre, sa toxicité est augmentée puisque 1/5 et 2/5 de cm³ de sérum sanguin suffisent pour tuer rapidement une souris (Lerrede et Perrin).

La réaction de Bordet Wassermann est négative.

Signalons qu'il serait intéressant de connaître quelques dosages dont la littérature ne comporte aucune trace. Les conditions extérieures nous ont empêché de faire ces recherches.

Tel que l'urée du sang:

la glycémie: augmentée au cours de la maladie de Duhring ainsi que le montre Bretillon 1,35 gr par litre sans glycosurie et sans action par l'insuline chez une femme de 48 ans. Normalement on trouve une hypoglycémie 0,80‰ pendant la grossesse, 0,94‰ après l'accouchement.

les chlorures du sang:

la cholestérine augmentée dans les prurit et les psoriasis de la grossesse gagnerait à être dosée (Pulaz 1924 — Lortat Jacob 1925).

Ces éléments pourraient peut-être éclairer la pathogénie de cette dermatose encore bien discutée.

L'examen des urines montre:

leur quantité diminuée (1 litre environ par 24 heures), limpides ou troubles, rouge acajou; dans le fond du bocal on constate souvent un dépôt d'urates, d'acide urique ou de phosphates. Il n'y a ni sucre, ni albumine, ni hémoglobine malgré leur couleur, parfois traces d'urobiline et d'indican.

L'examen chimique montre:

l'urée urinaire diminuée 13 gr. par litre environ, normalement 19 grammes par 24 heures;

l'acide urique augmenté (normalement 0,48 gr. par litre);

les chlorures varient entre 8,82 à 15,77 gr. (normalement 9,20 gr. par litre);

l'acide phosphorique varie entre 0,761 gr. et 2,085 gr. normalement chez la femme non enceinte, 2,05 gr. environ (Ronchèse).

Le rapport de l'urée à l'azote total est inférieur à 80%, on constate que les urines sont hypotoxiques (Perrin). Il faut 120 cm³ par kilogramme de lapin vivant pour 60 cm³ normalement, pour tuer le lapin.

L'étude bactériologique des urines est restée négative, même aux inoculations aux animaux de laboratoire.

Remarquons que la fin de la poussée éruptive est souvent suivie par une polyurie d'urine hypotoxique (Bar).

EVOLUTION.

Cette seconde poussée dure en général entre 30 et 40 jours. Insistons simplement sur le fait que la poussée des suites de couches est plus intense, plus étendue, plus grave que pendant la grossesse. Toutes les traces s'effacent progressivement, il en est de même de l'éosinophilie sanguine qui revient lentement à la normale (1 à 1/2 élément pour 100 leucocytes).

EVOLUTION GENERALE DE L'AFFECTION.

L'évolution se faisant vers la mort est exceptionnelle (2 cas de Brocq, 1 cas de Canuet de Lyon). L'évolution vers la chronicité (2 ans) (Elliot) semble sortir du cadre de l'Herpes gestationis et plutôt entrer dans la nosologie de la maladie de Duhring-Brocq.

La vraie, la seule évolution de l'Herpes gestationis c'est sa disparition en dehors des grossesses, malgré les petites rechutes de 24 à 48 heures que certains auteurs veulent rattacher à l'Herpes gestationis. Là encore ces éléments font vraisemblablement partie des formes anormales de la maladie de Duhring-Brocq plus que de l'Herpes gestationis. Car rien ne s'oppose à ce que la grossesse soit une cause prédisposante à la maladie de Duhring-Brocq. La gestation agissant sur cette affection comme elle agit sur le psoriasis.

Parfois la poussée d'Herpes gestationis ne se répète pas, c'est exceptionnel. Le plus souvent, cette affection revêt un de ses caractères le plus net: répétition des poussées, au cours de toutes les grossesses successives, tantôt au cours de certaines grossesses. Ces poussées surviennent dans des conditions non

encore déterminées. En tout cas, on remarque que les poussées sont de plus en plus précoces, apparaissant cependant rarement avant la onzième semaine de la gestation. Poussées de plus en plus graves, de plus en plus étendues. Remarquons enfin que la répétition des poussées se fait rarement à toutes les grossesses, quand celle-ci sont rapprochées. L'éruption survenant alors qu'à des périodes plus ou moins éloignées, se répétant 3 et 4 fois. En tout cas, dès à présent, marquons que l'enfant est indemne d'éruption. Qu'il peut être allaité, sans aucun danger, qu'il augmente de poids régulièrement.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

L'examen histologique des éléments cutanés de l'éruption faite par différents auteurs (Lerrède et Perrin, Tommasi) a montré:

2 caractères propres à ce type de dermatose:

1° la présence de cavités pathologiques disposées entre derme et épiderme;

2° l'infiltration éosinophilique du derme.

Par ailleurs on trouve:

1° *au niveau du derme*: dans le chorion et le corps réticulaire une infiltration surtout marquée autour des vaisseaux; dans l'hypoderme, l'infiltration est beaucoup moins nette, mais les amas périvasculaires sont plus volumineux. Ces infiltrations autour des vaisseaux sont formées par des lymphocytes, des polynucléaires neutrophiles et des plasmazellen qui se placent dans les mailles du réticulum formé par les fibres conjonctives, les fibres élastiques et les cellules conjonctives. A distance des amas, dans la couche superficielle du derme, à leur périphérie, dans la couche profonde, on trouve de

nombreux polynucléaires éosinophiles, qui sont toujours dans les lymphatiques. L'abondance des Mastzellen est régulière. Les papilles et les cônes papillaires du fait de l'œdème tendent à s'effacer. Les vaisseaux des papilles semblent un peu dilatés. Les nerfs, les glandes de la peau sont normaux.

2° *au niveau de l'épiderme* on constate des petites cavités formées entre la couche cornée et la basale, qui repousse le corps muqueux de Malpighi. La couche cornée est formée de lames épidermiques plates, les unes sans noyaux, véritablement cornées, les autres plus périphériques à granulations d'éléidine. Les cellules granuleuses sont très développées, le stratum lucidum est épais. De place en place, on voit des cellules cornées où les noyaux sont conservés. Par place, les cellules malpighiennes sont dissociées par des amas fibrineux qui déterminent de minuscules vésicules intra-dermiques. A ce stade microscopique, il y a peu de liquide dans ces cavités. Il semble que c'est en augmentant, que l'exsudat cellulaire devient abondant. En tout cas, les cellules diapédétiques sont du type lymphocytaire, mêlées de quelques éosinophiles, et de polynucléaires neutrophiles.

L'examen du liquide des bulles montre:

1° quand les bulles sont transparentes et claires, un liquide albumineux qui se trouble à la chaleur, il contient:

95% de polynucléaires éosinophiles,

5% de polynucléaires neutrophiles

des cellules épidermiques, de rares hématies, des globules de graisse qui sont mis en évidence par l'acide osmique. La réaction de Bordet-Wasserman dans le liquide des bulles est négatif;

2° quand le liquide se trouble et perd sa transparence, l'examen du liquide montre alors 40 à 50% de polynucléaires éosinophiles et autant de polynucléaires neutrophiles auxquels s'ajoutent quelques lymphocytes, leur proportion totale par rapport au liquide est considérablement augmentée.

3° Enfin l'examen du dépôt pulvérulent montre qu'il est formé d'une purée de polynucléaires neutrophiles avec peu ou pas de polynucléaires éosinophiles.

L'étude systématique bactériologique des bulles a montré au début la stérilité des bulles à liquide transparent, tant à l'examen direct qu'aux cultures (Bar Melot) et nous-mêmes. Quand le liquide devient purulent on trouve parfois du staphylocoque blanc ou doré, plus rarement du streptocoque (Krzyszalowski et Grzybawski, observation). Cependant, les auteurs qui ont étudié la question, pensent que ces microorganismes sont des microbes de surinfection venant de la peau.

FORMES CLINIQUES.

Les formes cliniques de l'Herpes gestationis sont nombreuses.

1° Suivant le moment de l'apparition de la dermatose on doit décrire: a) des formes au cours de la gestation, le plus souvent l'Herpes gestationis apparaît entre le 6° et le 9° mois, plus rarement au 5°, 4° et 3° mois, exceptionnellement vers la 3° ou 4° semaine, signalons le cas d'une grande multipare mal réglée chez laquelle l'éruption annonçait la gestation; b) des formes au cours de puerpéralité, la première poussée survient vers le 2° et 3° jour des suites de couche; c) des formes après avortement ou

accouchement prématuré (Melot); d) des formes tardives débutant 3 à 4 mois après l'accouchement (Elliot).

2° Suivant l'évolution et la durée de l'éruption: a) des formes aiguës les plus communes, la première poussée se termine 3 à 4 semaines avant l'accouchement, 24 à 48 heures plus tard reprise des accidents qui durent de 30 à 40 jours; b) des formes chroniques la récurrence peut durer jusqu'à 9 mois et deux ans (Elliot), ou même passer à la chronicité (Brocq); c) des formes sans récurrences au cours des gestations successives.

3° Suivant la prédominance d'un élément éruptif. Au cours de l'évolution de la dermatose, avec Duhring on écrit des formes érythémateuses, papuleuses, vésiculaires, bulleuses, pustuleuses rares en France et sur lesquelles Duhring a insisté dans son «Traité pratique des maladies de la peau». Mais en réalité cette prédominance est apparente, l'examen attentif des lésions permet de retrouver le polymorphisme de l'éruption, caractère qui seul permet d'affirmer son diagnostic. Enfin ajoutons des formes végétantes (Brocq cité par Pautrier et Lanzenberg).

4° Suivant le siège, et les localisations de la dermatose: a) des formes généralisées communes n'atteignant pas les plantes des pieds, la paume des mains, la face, le cuir chevelu, les éléments s'arrêtant à la racine des cheveux, les muqueuses; b) les formes généralisées envahissant la paume des mains, la plante des pieds (Levigné). La face, horriblement défigurée par de nombreuses bulles confluentes et suppurées (Bar). Le cuir chevelu entraînant l'alopécie, les muqueuses: bouche, nez, gorge, organes génitaux (vulve, vagin) (Melot).

5° Suivant l'atteinte de l'état général. Dans la forme commune la température est normale, l'état général est bon. Coignet de Lyon signale un cas avec température élevée, état général grave, terminé par la mort. Remarquons que la malade ne s'est délivrée spontanément que quelques jours après un accouchement prématuré de six mois environ.

LES COMPLICATIONS.

Les complications sont exceptionnelles, nous ne ferons que citer les plaques d'anesthésie plantaire (Wood), les troubles trophiques, chute des ongles, alopecie (Melot), signalons la furonculose secondaire aux excoriations dues au grattage (Sauvage). Les abcès du sein (Sauvage) qui peuvent être sans rapport avec l'éruption. C'est ainsi que dans notre observation nous avons observé le 15^e jour des suites de couche de la lymphangite du sein droit qui a débuté par un clocher de température à 38,8°. Malgré le traitement habituel, compresses humides, la température s'est maintenue à 38°. Un abcès s'est collecté. Incisé, le 23^e jour des suites de couche, l'examen du pus a montré un streptocoque. Il se reforme bientôt un second abcès dans le même sein, celui-ci est incisé le 34^e jour des suites de couches, l'examen du pus a montré de même du streptocoque.

DIAGNOSTIC.

On posera le diagnostic d'Herpes gestationis en présence des symptômes suivants :

1° Eruption polymorphe érythémato-papuleuse prurigineuse, sur laquelle apparaissent des vésicules et des bulles souvent volumineuses;

2° l'éosinophilie sanguine et dans le liquide des bulles;

3° l'apparition pendant la grossesse au cours de laquelle elle évolue par poussées répétées;

4° la disparition de l'éruption en dehors de la gestation;

5° les récidives au cours des grossesses successives de plus en plus précoces et de plus en plus graves.

Le diagnostic différentiel sera fait:

1° Avec l'impétigo-herpétiforme de Hébra Kaposi, bien que cette affection soit rare et spéciale aux femmes enceintes, son éruption ne ressemble pas à celle de l'Herpes gestationis. En effet, elle est caractérisée par une éruption aiguë de taches numulaires rouges et tuméfiées qui se couvrent de pustulettes milliaires, qui s'accroissent excentriquement et confluent en vastes nappes croûteuses au centre, pustuleuses à la périphérie. Elle part généralement des régions inguino-crurales, des fesses, de l'ombilic, des lombes ou des aisselles et peut se généraliser même aux muqueuses. Enfin l'impétigo-herpétiforme s'oppose à l'Herpes gestationis par la gravité des phénomènes généraux: Fièvre rémittente, frissons, tephos, tétanie, enfin la mort est fréquente.

2° avec l'urticaire bulleuse, éruption chronique ou récidivante, à distribution très irrégulière et sans polymorphisme réel, formée d'élevures surmontées toutes ou quelques-unes par des soulèvements bulleux suivis de croûtes avec prurit et érythème à base des bulles, elle ne peut être confondue avec l'Herpes gestationis, éruption essentiellement polymorphe symétrique survenue au cours de la grossesse.

3° avec l'hydroa de Bazin, qui est une éruption prurigineuse siégeant sur les muqueuses, évoluant en deux à cinq semaines, qui peut se prolonger par des récives, dont l'élément dermatologique est formé par une petite bulle ou croûte entourée d'un disque rouge vif ou pourpre et d'une couronne vésiculo-bulleuse, ou d'un liséré érythémateux affectant une disposition en cocarde. En somme, cette éruption ne peut ressembler à l'Herpes gestationis qu'à son stade érythémato-vésiculaire au début. Mais la grossesse et l'évolution de l'éruption, la guérison de l'hydroa, les poussées de l'éruption de l'Herpes gestationis seront les principaux éléments de différenciation.

4° avec le pemphigus subaigu, malin à bulles extensives, le pemphigus aigu fébrile grave, ce sont des dermatoses bulleuses graves, elles s'accompagnent d'état général très grave qui les oppose nettement à l'Herpes gestationis, par ailleurs leur origine septicémique peut être mise en évidence par les hémocultures.

5° enfin citons pour mémoire le pemphigus végétant de Neumann, bien différent par son éruption de l'Herpes gestationis. En effet, cette affection débute souvent par les muqueuses buccales, pharyngées ou génitales, quelquefois au pourtour des ongles. L'élément initial est une bulle souvent flasque sero-purulente d'emblée qui se dessèche en croûte, qui peut guérir sur place ou s'étendre à la périphérie en 5 à 6 jours. Le fond des bulles s'ulcère, bourgeonne, devient papillomateux, du pus fétide est sécrété sous une croûte brunâtre et rugueuse. Par extension serpiginieuse et confluent des éléments, naissent des nappes éten-

dues, mamelonnées au centre, pustuleuses au pourtour. Leur guérison est suivie de macules, brunâtres et rougeâtres, toutes ces lésions siègent au pourtour des aines, dans les plis articulaires et au pourtour de la bouche. Cette affection est bien différente de l'Herpes gestationis, comme on le voit par sa description, mais elle est intéressante, car Pautrier et Lenzenberg ont décrit une forme de passage entre la Dermatite polymorphe de Duhring-Brocq, l'Herpes gestationis et le pemphigus végétant. Dans cette observation, ces auteurs rapportent le cas d'une éruption qui, après avoir pris au début le type d'un pemphigus végétant de Neumann, disparaît au bout de quelques semaines, laissant un épiderme lisse fortement pigmenté de brunâtres. D'autre part, ils signalent que la généralisation de l'éruption au tronc et aux membres s'est faite avec des lésions à type net de dermatite polymorphe de Duhring-Brocq, ces lésions se transformèrent secondairement en lésions érosives, puis végétantes, enfin toutes ces éruptions survenant deux jours après un accouchement, s'accompagnent de température, des cuissons, de douleurs, font conclure à un Herpes gestationis (Bulletin de la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie, page 746 à 757, décembre 1926).

S. Dexeus Font et F. Serra Robert rapportent de même une éruption intermédiaire à l'Herpes gestationis et à l'impétigo-herpétiforme. Il s'agit d'une femme de 22 ans qui au 6^e mois de sa 1^{re} grossesse présente une éruption prurigineuse, d'abord érythémato-vésiculaire, puis pustuleuse qui débute au niveau de l'abdomen, puis cette éruption gagne les extrémités, le corps, à mesure que les éléments pustuleux s'étendent, l'état général s'altère

gravement. Au 8^e mois, accouchement d'un garçon, vers le 5^e jour l'état général s'améliore, la guérison survient après 4 mois de maladie. Au cours de la convalescence desquamation très abondante. Une 2^e grossesse se passe bien, elle accouche une fille. Une 3^e grossesse s'accompagne des mêmes accidents qu'au cours de la première, on lui fait du sérum de femme enceinte normal, elle guérit après une rechute due à la cessation trop précoce de ce traitement. Elle accouche d'un garçon bien portant. Cette éruption empruntait donc à l'Herpes gestationis et à l'impétigo herpétiforme de Hébra certains de ses caractères (Revue de Médecine de Barcelone, janvier 1924).

Enfin, nous nous sommes demandés si un diagnostic différentiel entre l'Herpes gestationis symptôme d'autointoxication gravidique et la maladie de Duhring-Brocq, affection microbienne, est possible à établir. A prime abord, il semblerait que cette distinction serait impossible, en effet :

1° cliniquement les deux affections présentent les mêmes symptômes cutanés;

2° l'examen bactériologique du sang du liquide des bulles ne donne aucun résultat probant et à plus forte raison ne peuvent donner des signes distinctifs;

3° l'éosinophilie sanguine et du liquide des bulles est la même dans les deux affections;

4° l'examen chimique des humeurs peu étudié ne donne aucun résultat;

5° les lésions anatomiques sont les mêmes.

Cependant on note que leur évolution est différente. L'Herpes gestationis survient au cours d'une grossesse ou de la puerpéralité, disparaît avec

elle, et récidive à l'occasion de grossesses successives. La dermatite polymorphe survient à n'importe quel moment de la vie, évolue vers la chronicité, récidive par poussées à intervalle plus ou moins éloigné. Toutefois, la grossesse pouvant créer un état particulier propre à rendre propice le développement de la maladie de Duhring-Brocq (cette action favorisante de la grossesse existe au cours de certaines dermatoses, psoriasis), mais dans ce cas, l'évolution ultérieure est chronique, les exemples de passage à la chronicité de l'Herpes gestationis confirme cette hypothèse. En effet Brocq admet la possibilité de la transformation de l'Herpes gestationis en maladie de Duhring-Brocq. Elliot rapporte un cas qui a duré plus de deux ans. Il faut insister de même sur le fait que l'apparition de la grossesse au cours de la maladie de Duhring-Brocq est loin de l'aggraver comme cela paraîtrait devoir être. Charles Aubry rapporte un cas où l'apparition d'une gestation au cours d'une maladie de Duhring-Brocq fait disparaître celle-ci. En résumé, il ne nous semble pas de ces faits cliniques qui, en somme, ne sont que de faibles arguments, soient suffisants pour établir un diagnostic différentiel et trancher le problème de l'unité ou de la dualité de ces deux affections.

PRONOSTIC.

Le pronostic de l'Herpes gestationis, sauf les cas de Brocq et celui de Coignet terminés par la mort, est de l'avis de tous les auteurs benin (Vidal, Léonce-Hatton, Gougerot).

En effet, soignée ou non, la guérison de l'éruption survient en 20 à 40 jours, mais il persiste sur

les téguments lisses des pigmentations anormales café au lait qui peuvent durer des semaines et des mois, cette coloration pâlit peu à peu et disparaît en des temps variables, sans que d'ailleurs la malade puisse préciser.

Les complications sont rares, bénignes, en effet les poussées de furonculose, les abcès du sein consécutifs aux excoriations sont exceptionnelles (Sauvage), cependant le pronostic est assombri par les récidives et leur aggravation progressive. Au cours des grossesses répétées toujours bénignes pour la mère (Duhring-Brocq). Retentissent plus ou moins gravement sur l'enfant qui naît souvent débile. C'est pourquoi les grossesses répétées au cours de l'Herpès gestationis ont été déconseillées (Balzer et Belloir) et que certains auteurs allemands et russes reconnaissent dans l'Herpès gestationis une indication de l'avortement thérapeutique (Meyer et Linser — A. P. Jordan). Le pronostic pour l'enfant est beaucoup plus grave, en effet, plusieurs cas peuvent se présenter.

Tantôt et le plus souvent la grossesse suit son cours, l'enfant naît bien portant et croît normalement (observation).

Tantôt l'accouchement est normal, mais l'enfant est un débile (Cacault et Brossard) le poids de l'enfant baisse sans cause apparente, sans diarrhée accentuée, sans accidents pulmonaires, le nouveau-né s'affaiblit et meurt sans qu'aucune cause puisse être mise en évidence. Cette mort serait due pour ces auteurs à l'intoxication gravidique.

Tantôt l'enfant est un prématuré débile.

Tantôt enfin ainsi que Levigné, Balzer et Belloir l'ont observé, le fœtus est mort et macéré.

Enfin signalons que d'une façon indiscutable le pronostic pour l'enfant s'aggrave avec la répétition des grossesses (Vidal et Hatton).

PATHOGENIE.

Trois théories sont en présence pour expliquer la pathogénie de l'Herpes gestationis:

- 1° une théorie microbienne ou parasitaire;
- 2° une théorie nerveuse;
- 3° une théorie autotoxique.

1° *La théorie microbienne ou parasitaire.*

La plus combattue des théories contre laquelle Vidal dans sa thèse a donné les arguments suivants:

Cliniquement, cette dermatose apparaît pendant la grossesse et se répète au cours des grossesses successives et jamais en dehors d'elles, son évolution, sa durée, sa chronicité, l'absence de signes caractéristiques aux maladies infectieuses, l'inexistence de la notion d'épidémiologie.

Chimiquement l'examen des urines, du sang n'est pas en faveur de l'origine microbienne ou parasitaire.

Bactériologiquement, les examens directs, les inoculations, les cultures, sont toujours restés négatifs. Les microbes trouvés sont des microbes banaux de surinfection et cela malgré les recherches multiples et répétées.

Cependant, en faveur de cette théorie, on a donné des arguments que l'on peut tirer de la similitude de l'Herpes gestationis et de la maladie Duhring-Brocq admise par un grand nombre d'auteurs (Duhring-Brocq, Lerrède et Perrin).

C'est ainsi que P. Menaheim Hodura signale dans un cas de dermatite herpétiforme de variété pustuleuse chez une femme de 24 ans, sur les coupes, au niveau des vésicules, de grandes quantités de microorganismes, petits bacilles surtout localisés dans les croûtes et le pus. Il note une réaction inflammatoire marquée. Remarquons cependant que l'auteur trouve peu d'éosinophiles et des bulles géantes ce qui n'a jamais été encore signalé dans la dermatite polymorphe ni dans le pemphigus.

P. Poincloux, dans une note à la Société de Biologie du 9 janvier 1924, étudie un cas de dermatose de Duhring-Brocq et donne les résultats suivants :

1° Sur les milieux habituels la sérosité des bulles non ulcérées ne cultive pas;

2° L'inoculation de cette sérosité à la cornée donne une Kérato conjectivité brève (10 à 12 jours) bénigne, mais nette, les inoculations en série ont donné 7 cas positifs sur 8. Les lésions provoquées vont depuis la Kératite légère à la Kérato conjectivité de moyenne intensité. Le lapin inoculé reste réfractaire à la réinoculation. Les tentatives de passage de cornée à cornée sont dans l'ensemble négatives, sauf un cas, ce lapin fait de la conjonctivité au 7^e jour, présente de la raideur de la nuque, de la parésie du train postérieur, mort le 8^e jour. Les cultures du cerveau et du sang du cœur sont négatives.

L'examen histologique de ce cerveau montre une méningite basilaire, à mononucléaires ébauché de manchons périvasculaires.

L'immunité croisée n'existe pas entre le virus herpétiforme (souche fixe blanc) et l'agent kératogène de la maladie de Duhring. Le virus herpétiforme donne une Kératite compliquée d'encéphalite mortelle chez les lapins guéris de Kératite de Duhring. Inversement, un lapin guéri de Kératite herpétiforme intense, fit une Kérato conjonctivité nette (passage négatif) quand on l'inocula avec la sérosité de Duhring).

3° La sérosité des bulles, inoculée à la peau épilée, rasée et scarifiée de lapin, détermine un érythème marqué suivi d'un stade papuleux, peu franc, puis de suintements, le 3^e et le 4^e jour et enfin la formation de croûtes squameuses qui ont été, dans deux cas abondantes, ce résultat fut obtenu les 5 fois où l'inoculation cutanée fut pratiquée, les passages sont cependant négatifs.

4° L'inoculation de 0,2 cm³ de sérosité d'une bulle (à culture négative) sous la dure mère d'un lapin, a donné le 9^e jour une perte facile de l'équilibre, des réactions vives au toucher. Les jours suivants l'excitation augmente, l'animal saute vivement quand on le touche. Pas de salivation. le 13^e jour on constate des mouvements de manège vers la droite, l'excitation motrice a diminué. On sacrifie l'animal le 14^e jour, la culture du cerveau est négative.

L'examen histologique du cerveau montre:

1° A la base près de l'aqueduc de Sylvius, les méninges sont infiltrées par les lymphocytes, les sinus contiennent de nombreux mononucéaires tout autour de l'aqueduc, petits foyers lymphocytaires, en pleine substance nerveuse. Aux mêmes endroits manchons périvasculaires,

2° Au voisinage des ventricules latéraux (avec prédominance d'un côté) gros foyer d'encéphalite à mononucléaires, avec manchons périvasculaires, et dégénérescence des cellules nerveuses. Pas d'encéphalite à polynucléaires, pas de lésions de la zone élective (Hippocampe). Pas de méningite corticale.

3° L'examen du Mesocéphale montre: une méningite à mononucléaires, petits foyer d'encéphalite au voisinage du plancher du 4^e ventricule, passage négatif. Un essai sur le singe est demeuré négatif.

Les trois autres inoculations pratiquées (malade convalescent) avec une quantité minimum de sérosité, sont restées aussi négatives).

Le liquide céphalo-rachidien de la malade (7 lymphocytes par cm^3) n'a pas paru à l'auteur pathogène. Trois inoculations intracérébrales négatives. La scarification sur la malade même aseptique, ou avec la sérosité sur la peau saine ou sur cicatrice d'éruption en tout comparable à celles qui s'établissent avec la rupture des bulles spontanées. Le stade initial bulleux seul fait défaut. De ces lésions P. Poincloux pense que la maladie de Duhring peut être due à un germe appartenant à la famille des virus ecto-dermoneurotropes.

Enfin, dans notre observation nous avons constaté que l'inoculation à la cornée du lapin du liquide transparent et clair de bulle ne donne pas de Kératite, ni de conjonctivité.

Le 25^e jour le lapin a présenté une paralysie complète du train postérieur avec incontinence des urines et des matières. Il ne semblait pas présenter des troubles de la sensibilité cutanée.

Le 32^e jour de son inoculation, le lapin est mort. Des conditions extérieures nous ont empêché de faire des réinoculations de la moelle et du cerveau.

L'examen histologique du cerveau n'a pas pu être fait. L'examen de la moelle mal fixé n'a donné que des renseignements vagues et imprécis. Aussi c'est avec réserve que nous signalons qu'elle ne présentait pas de lésion de méningite, pas de lésions vasculaires, quand aux lésions nerveuses, on peut seulement affirmer qu'il n'y avait pas de lésions grossières.

Par ailleurs il faut signaler que la présence de l'éruption chez le nouveau-né, observé par Tommasi, l'éosinophilie ne sont pas des arguments en faveur de cette théorie. En effet ces deux symptômes se rencontrent dans des affections qui ne sont pas microbiennes.

En résumé, on voit donc que l'étude des faits que nous avons exposés, sur la nature microbienne ou parasitaire, est loin d'être indiscutablement établi.

2^o *La théorie nerveuse.*

Milton puis Brocq en ont été les principaux promoteurs. C'est ainsi que pour Brocq «l'Herpes gestationis a pour cause l'irritation des nerfs utérins par l'état de la grossesse».

Certains auteurs soutiennent cette hypothèse en invoquant, pour affirmer les rôles du système nerveux, les caractères de l'éruption de l'Herpes gestationis. La symétrie de l'éruption par exemple. Mais rapidement, cette théorie perd nettement, la plupart des auteurs font jouer un rôle secondaire aux nerfs au cours de la théorie autotoxique. C'est ainsi que Brocq, chef de file, tout en admettant la

théorie nerveuse, fait des réserves et ajoute «que ce rôle soit primitif et que l'affection soit un dermato-neurose pure ou qu'elle soit secondaire à l'action sur le système nerveux d'un microbe, d'une leucomaine cause première, c'est ce que nous ignorons complètement».

C'est ainsi que Brocq et les auteurs qui soutiennent cette théorie, reconnaissent que les causes premières de l'éruption ne sont pas les lésions nerveuses, mais que celles-ci sont secondaires à des agents toxiques contenus dans le sang. C'est ce qu'exprime Lerrède en disant que le système nerveux jouerait un rôle dans la production du prurit et des lésions cutanées dues à l'action directe des agents toxiques sur les terminaisons nerveuses, toxines que le sang apporterait à la peau.

Vidal, dans sa thèse, admet que les filets nerveux portent les impressions périphériques aux centres nerveux, ceux-ci réagissant, produisent les phénomènes vaso-dilatateurs, qui provoquent la congestion de la peau et la transsudation du sérum sanguin dans le derme, augmentant la diapédèse des globules blancs, d'où production des vésicules et des bulles. Vidal admet le rôle indiscutable de l'intoxication gravidique. Il ajoute «Tarnier, Chamberlant et Boissard ont montré que le sérum des femmes en état de toxémie, même en dehors des crises d'éclampsie, était très toxique, alors que les urines étaient hypotoxiques».

Ce serait ces mêmes leucomaines qui produisent la prolifération abondante des lymphocytes autour des vaisseaux sanguins, la diapédèse éosinophilique ainsi se trouverait expliquée la symétrie de l'éruption, l'éosinophilie.

Pour Barthélémy, le système nerveux ne joue plus qu'un rôle accessoire. L'altération hépatique et surtout rénale, seules doivent être mise en ligne de compte, car la non-élimination des toxines produit seul ces troubles cutanés.

Ainsi se trouve franchi le pas qui sépare la théorie nerveuse de la théorie de l'intoxication gravidique. A ces théories, il faut ajouter les idées modernes, écloses de recherches que l'on a fait et que l'on fait sur le système nerveux sympathique. Certains auteurs pensent que les organes génitaux gravidés, utérus, ovaires, fœtus sécrètent des produits qui provoqueraient un déséquilibre (J. Golay) ou irriterait le sympathique, d'où éruption et en particulier bulleuse. Le dépôt de pigments consécutifs à cette dermatose serait un argument en faveur de cette irritation. On sait actuellement que le pigment cutané peut avoir deux origines: 1° origine locale cutanée, elle est définitive; 2° d'origine sympathique, elle est passagère (L. S. Pullmann et J. Watrin). C'est ce qui justement est observé au cours du syndrome de l'Herpes gestationis. C'est ainsi qu'insensiblement la théorie nerveuse est abandonnée et que les hypothèses de plusieurs autres pathogénies sont posées.

LA THEORIE AUTOTOXIQUE.

La théorie autotoxique mise en valeur par le Professeur Pinard est la théorie pathogénique la plus admise.

L'étude physiologique de la peau a montré que celle-ci possède un grand nombre de fonctions, qui, quoiqu'elles ne soient pas encore toutes connues, sont indispensables à la vie (Serge Selitzky).

C'est ainsi que le rôle sécrétoire de la peau et du rein se ressemble étrangement (Gaucher). Remarquons par ailleurs la sensibilité toute particulière de la peau aux hormones ou mieux aux humeurs lancées dans l'organisme au cours de la grossesse, qui se traduisent par les pigmentations éphélides, ligne brune de l'abdomen, auréoles mamelonnaire. Signes d'intoxication gravidique qui, pour beaucoup d'auteurs, ne diffèrent du prurit des dermatoses de l'Herpes gestationis que par le degré de l'intoxication et des réactions de la peau (Sauvage).

Le mauvais fonctionnement des reins et du foie, au cours de la grossesse (Bar) émonctoires normaux de ces poisons font que la quantité de ceux-ci augmentent dans le sang, l'organisme cherche à se débarrasser d'eux par n'importe quel moyen. A défaut des reins et peut-être du foie, il élimine par la peau, c'est ce que l'on voit au cours des néphrites azotémiques (givre d'urée). Ce premier temps de la fixation de ces poisons est marqué par le prurit par irritation des nerfs périphériques (Vidal). Mais le filtre cutané est un mauvais filtre pour les poisons, car il élimine lentement. L'épiderme couche cornée est une barrière qui leur est peu franchissable. Les toxines traversent facilement le derme fortement diluées ainsi qu'il est d'usage dans l'économie. Celles-ci viennent se localiser entre derme et épiderme d'où éruptions provoquant anatomiquement des lésions essentiellement œdémateuses. L'évacuation des toxines par le derme fait cesser la douleur, c'est ce qui se passe pendant le deuxième temps. Le prurit diminue quand apparaît l'éruption. Il disparaît quand les vésicules et les

bulles sont percées, dont le produit toxique est évacué à l'extérieur (S. Selitzky).

Nous n'insisterons pas sur la valeur réelle des grains éosinophiles qui pourraient porter en eux les poisons, ceux-ci se trouvent confirmés par la présence de l'éosinophilie au cours des parasitoses telles que les ténias.

En faveur de ces théories, les auteurs (Vidal, Levigné, Hatton) donnent des arguments, qu'ils tirent de l'examen des urines, du sang, du liquide des bulles, de l'anatomie pathologique.

L'examen des urines montre, nous l'avons vu au cours de l'éruption, l'hypotoxicité urinaire, l'abaissement notable du taux de l'urée urinaire.

L'examen du sang toxicité marquée du sérum sanguin (Lerrède et Perrin).

A la fin de la poussée polyurie et hypertoxicité urinaire (Bar) relèvement du chiffre d'urée (Perrin).

Nous n'insisterons pas sur les arguments proposés par Vidal tels que l'agitation, le peu de fièvre, l'amaigrissement, le peu d'anorexie. La conservation d'un bon état général, l'action bienfaisante du traitement hypotoxique introduit dans la thérapeutique de l'Herpes gestationis introduit par le professeur Pinard (repos au lit, diète lactée, purgatif léger).

La fragilité de l'enfant signalée au cours de l'Herpes gestationis, pour certains auteurs serait en faveur de l'autointoxication.

Ils expliquent la disparition de l'éruption dans certaines formes au moment de l'accouchement par la saignée physiologique. La reprise des accidents vers le 2^e ou 5^e jour par un phénomène analogue à la crise pneumonique où on voit tous les symptômes

s'exacerber, précédant de peu la fin des accidents (Vidal).

La symétrie de l'éruption serait due à l'irritation des nerfs périphériques, d'où similitude des points d'élections éruptifs. Il faut remarquer cependant que cette symétrie est loin d'être absolue.

Par ailleurs, ces auteurs expliquent la précocité et la gravité progressive de l'éruption au cours des grossesses successives par l'exagération des imperfections rénales et hépatiques. En faveur de cette hypothèse signalons le cas de Laurentie qui rapporte deux poussées éruptives d'Herpes gestationis particulièrement intense au cours de deux grossesses gémellaires chez la même malade.

Hallopeau et Tête ont découvert des leucomaines au cours de l'Herpes gestationis qui, inoculées au cobaye, provoquent une éruption analogue à cette affection.

De ce principe sont partis certains auteurs allemands qui, en injectant du sérum de femme enceinte normale, à dose progressive, ont obtenu des améliorations assez nettes au cours de cette dermatose (Meyer et Linzer de Tübingen).

Cependant, cette théorie n'explique pas le fait que dans certaines formes l'éruption disparaît trois à quatre semaines et non quelques jours et quelques heures avant l'accouchement. Cette disparition se fait juste au moment où toutes les autres intoxications gravidiques sont à leur acmé.

On remarque de même que le régime hypotoxique, préconisé par Tarnier et proposé par le Professeur Pinard au cours de l'Herpes gestationis, est loin d'agir systématiquement.

Enfin certains auteurs ont cherché à établir l'origine réelle, et la nature du poison.

Tommasi admet comme pathogénie la sensibilisation par un antigène provenant des corps jaunes altérés par une cause pathologique concomittante. Des doses répétées de préparation ovariennes et principalement luteiniques ont paru produire une désensibilisation, cette hypothèse d'une hypersensibilisation préalable spécifique s'appliquerait à l'Herpes gestationis et à d'autres formes d'intoxication gravidique, avec des variétés suivant les cas.

Signalons qu'au cours de la dermatite polymorphe certains auteurs se sont demandés quel rôle jouaient les glandes endocrines. C'est ainsi que Martin Friedmann a classé les malades atteints de Dermatite herpétiforme de Duhring-Brocq suivant leur réaction aux testes: en hyperthyroïdiens sans signes de Basedow et en hypothyroïdiens sans signes de myxœdèmes. Ces recherches sont faites sans arrière-pensée, car l'auteur n'en tire aucune conclusion.

Enfin l'étude du rôle du système endocrino-végétatif des métabolismes des chlorures, du sodium, du calcium n'ont pas apporté à ce point de vue de constatations précises (Krzyszalowiec et Grzyłowski).

TRAITEMENT.

Le traitement est purement symptomatique. Il varie suivant les auteurs, et la pathogénie que ceux-ci ont adoptée.

Pour les uns (Darier) ceux qui rapprochent l'Herpes gestationis de la maladie de Duhring-Brocq, la soignent comme telle.

Voici leur traitement:

1° les bulles doivent être percées tous les jours avec une aiguille flambée;

2° humecter les bulles avec de l'eau d'Alibour;

3° mettre sur les lésions soit des poudres inertes, soit des poudres grasses du type (stéarate de magnésie 10 gr. — huile de vaseline 10 gr. — talc 80 gr.);

4° on peut faire des bains au sulfate de zinc (20 à 200 gr. pour un bain);

5° panser les excorciations douloureuses, à la vasolanoline au baume tranquille stérilisé, au tulle gras.

Si la malade n'est déplacée qu'avec peine, Darier conseille de coucher la malade entre deux draps dans une couche épaisse de poudre de talc.

6° La médication interne consistera en arsenic à dose croissante par voie buccale ou hypodermique.

Darier rapporte des améliorations intéressantes avec du sérum artificiel, de l'eau de mer isotonique, du sérum glucosé, mais ce sont des méthodes infidèles.

De même Darier recommande de la quinine 2 gr. à 2,50 gr. par jour du 914 ou du sulfarsénol en injection par voie intraveineuse ou hypodermique par série de 15 à 20 jours, séparés par des intervalles de durée analogue.

Pendant les périodes intercalaires donner, comme le recommande Balzer, 30 à 60 gouttes d'adrenaline au 1/1000.

Donner des extraits ovariens et de corps jaune. On mettra la malade au régime sévère, modérément déchloruré, exempt de stimulants, on surveillera les fonctions organiques.

Pour les autres (Pinard, Levigné, Hatton) partisans de la théorie de l'autointoxication gravidique. Le traitement que nous avons un peu modifié sera le suivant:

1° mettre la malade au lit, au régime lacté ou lacto-végétarien purge léger tous les jours, au besoin saignée;

2° percer les bulles avec une aiguille flambée, panser avec de la pommade au 914 et au tulle gras (observation), les malades éprouvent une sensation de bien-être;

3° nous avons fait à la malade du novarsenobenzol, par voie intraveineuse, une série: de 0,15 gr. — 0,30 gr. — 0,45 gr. 2 fois par semaine, puis 0,60 gr., 0,75 gr. une fois par semaine. 10 cgr. par kilogr. de malade soit au total entre 7 gr. et 7,50 gr.

Des auteurs déconseillent comme nous l'avons vu les grossesses multiples (Balzer et Belloir). Pour certains c'est l'indication d'un avortement thérapeutique (Mazer et Linser, A. P. Jordan) mais en France on ne va pas à cette extrémité.

Enfin signalons que certains auteurs et particulièrement Vieil ont obtenu des résultats en injectant à doses progressives à des femmes porteuses d'Herpes gestationis du sérum de femme enceinte normal.

Conclusions

L'Herpes gestationis est une dermatose polymorphe prurigineuse qui survient au cours de la grossesse.

Elle est caractérisée cliniquement par une éruption érythémato-papulo-vésiculo bulleuse apyrétique évoluant par poussées. Somme toute, par ses éléments éruptifs, elle est très comparable à la maladie de Duhring-Brocq, dont elle ne diffère que par ses rapports étroits avec la grossesse.

En effet, l'Herpes gestationis ne survient que pendant la gestation ou les suites de couche. Ces récides de plus en plus précoces et de plus en plus graves n'apparaissent qu'au cours des gestations successives et jamais en dehors d'elles.

L'évolution de l'Herpes gestationis se fait en deux phases: une première phase pendant la gestation. Une deuxième phase au cours de la puerpéralité. Ces deux poussées sont séparées par une période intermédiaire d'atténuation de durée variable qui précède l'accouchement.

Au point de vue hématologique, l'Herpes gestationis est caractérisé par:

- 1° une légère anémie;
- 2° une légère polynucléose;

3° une éosinophilie qui a l'acmé de l'éruption peut atteindre de 24 à 30%. Cette réaction éosinophilique du sang s'atténue puis disparaît avec la guérison de la dermatose.

L'examen systématique du liquide des bulles a montré que les bulles passent par plusieurs stades successifs.

Première phase, liquide transparent séreux, jaune citrin, il contient environ 90% de polynucléaires éosinophiles.

Deuxième phase, liquide opalescent trouble. Il contient environ 40% d'éosinophiles.

Troisième phase, liquide blanchâtre épais filant. Il ne contient que des polynucléaires neutrophiles, des lymphocytes et pas ou très peu de polynucléaires éosinophiles. A ce dernier stade nous avons trouvé plusieurs fois aux examens directs du streptocoque.

Le diagnostic de cette affection est facile.

1° On se rappellera ses rapports constants avec la grossesse.

2° Ses caractères éruptifs, qui rappellent en tout point l'éruption de la dermatite herpétiforme prurigineuse de Duhring-Brocq. Le pronostic. Dans toutes les observations, que nous avons consultées, les malades guérissent mais les récurrences sont à craindre, car elles sont très fréquentes et appartiennent en propre à l'affection.

La pathogénie est obscure comme celle de la maladie de Duhring-Brocq elle-même. Aucun fait précis ne vient appuyer l'origine microbienne de l'affection et jusqu'à nouvel ordre on peut considérer l'Herpes gestationis comme une toxidermie gravidique.

Tous les traitements appliqués jusqu'à maintenant ne semblent pas beaucoup influencer sur l'évolution de cette maladie. Aussi on pourra en présence de cette affection appliquer le traitement suivant :

Pour calmer le prurit, percer les bulles, faire des pansements à la pommade au 914 et au tulle gras. Faire de l'arsenic par voie intraveineuse sous forme de 914.

Vu: le Président de Thèse:
C. JEANNIN.

Vu: le Doyen de la Faculté:
BALTHAZARD.

Vu et permis d'imprimer:
Le Recteur de l'Académie de Paris:
CHARLETY.

Bibliographie

- Charles W. Allen:* Dermatitis multiformis gestationis. (Journal of Cutaneous and venereal Diseases 1889.)
- Ch. Aubry:* Dermatite polymorphe herpétiforme interrompue par la grossesse. Bull. de la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie, p. 1257-1929.
- Balzer F. & Belloir:* Dermatite polymorphe de la grossesse Herpes gestationis. (Bull. de la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie 1912.)
- Paul Bar:* Bull. de Soc. Obstétricale de Paris, Février 1895.
- Bar & Tissier:* Soc. obst. et gyn. Paris 1895.
- F. M. Barendt:* Herpes gestationis Liverpool M. Chir. J. 1893. XIII, p. 466-468.
- Barthelemy:* Bull. de la Soc. française de Dermatologie et de Syphiligraphie, 1896.
- Bazin:* Leçons théoriques et cliniques sur les affections cutanées de nature arthritique ou dartreuses, 1868.
- Beverhout Thompson:* Arch. Of dermatology N. Y. vol. II, p. 36, 1876.
- Blascko:* Annales de Dermatologie, 1889, p. 591.
- Blasi A. C.:* A proposito di un caso di herpes gestationis. Contributio clinico isologica. Gior. ital. d. dermatolo. e. syph. Milano 1925 IXVI, p. 97, 110.
- Bæck:* Journal of cutaneous and venereal diseases 1893.
- Boissard:* Leçons de thérapeutique obstétricale. Médecine moderne 1898.
- Bouffe de St-Blaise:* Les autointoxications de la grossesse. Thèse de Paris, 1906.
- Boutot, Clogne & Lantuejoul:* Contribution à l'étude du sang pendant la grossesse et après l'accouchement. Gynécol. èt obst. mai 1922. Tome V n° 5, p. 365.
- Bouchard:* Leçons sur les intoxications.
- Brieger:* L'érythème dans les maladies infectieuses. Charité Annal. IX. Jahr 1. 115.
- Brindeau:* Pratique de l'art de l'accouchement, 1927, p. 180.
- Bristove:* St. Thoma's Hospital Report New série, vol. 5, p. 236, 1874.
- Bretillon Jean:* Thèse de Paris 1926.
- Brissard:* Leçons sur les maladies nerveuses, 1899, Hôpital Saint-Antoine.

- Brooke*: British med. journal p. 994, 16 mai 1885. Cas de dermatite herpétiforme de Duhring ou d'Impetigo herpétiforme de Hébra. Manchester med. Soc. 18 mars 1885.
- Brocq*: Pemphigus foliacé et dermatite herpétiforme. Ann. de derm. et de syph., 1892.
- Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie, 1888, p. 493. Idem 1890, 1895, 1896, 1898, 1900.
 - Pratiques dermatologiques, 1901-1902.
 - De la dermatite herpétiforme de Duhring. Annales de Dermatologie, 1888. (En outre le mémoire contient une remarquable bibliographie de la question.
 - De la dermatite herpétiforme de Duhring. Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie, 1889.
 - Traitement des maladies de la peau, 1890.
 - De l'Herpes gestationis. Revue internationale de Méd. et de Chir., p. 1902. XIII 109-111.
- Brunel*: Thèse inaugurale sur les pemphigus: Thèse de Paris, 1811.
- A. Buschke & W. Curth*: La signification des dermatoses de la gravidité relativement à l'interruption de la grossesse. Münchener. medez. Wochenschrift. Tome LXXVI n° 9, 1^{er} mars 1929.
- Duncan Bulkley*: American journal of Obstetrics VI, p. 580, fév. 1874.
- Cacaault*: Thèse de Paris, 1904-1905.
- Chaussit*: Herpes phlyctenoïde. (Ann. de derm. et syph., fév. 1852.)
- Canuet*: Dermatite herpétiforme au cours de la grossesse. Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie. Paris, 1896, 3 s. VII 384-731.
- Concio G. Dertosi*: E dermatite del Duhring nel ostetrica. Unione med. ital. Turin, 1898, II n° 4-7.
- Chaussit*: Annales des maladies de la peau et de la syph. pemphigus pruriginosus, 4^e vol., n° 6, p. 141, mars 1852.
- Coignet*: Lyon médical, 8 mai 1892. Relations entre l'utérus et certaines dermatites.
- Windham Cottle*: Erythema gestationis. St-Georges Hosp. Rep. p. 626, 1879.
- Darier*: Précis de dermatologie, 1930.
- Darville*: Thèse Paris, 1905. Troubles de la nutrition et de l'élimination urinaire dans les dermatoses diathésiques (eczéma et psoriasis).

Dexeus Font S. & Serra Robert F.: Dermatitis tipicamente gravidica: Herpes gestationis o impetigo herpético-forme Rev. med. de Barcelone 1924, 2 S. I, 11, 27.

Dis de Marseille: Sur la présence des polynucléaires à granulation basophile dans les bulles de la maladie de Duhring Brocq. Bul. de la Société de derm. et de syph. 1930, p. 1239.

Doyon: Annales de dermatologie et syph. 1892, p. 653.

Dubreuilh: Mémoire sur l'impetigo herpetiforme. (Annales de dermatologie et de syph. 1892, p. 353.)

Louis Dubrissay et C. Jeannin: Précis d'accouchement, p. 401, 1930.

W. A. Duncan: Pemphigus prurigineux. (The Lancet 8 janvier 1881.)

— Duhring un cas d'Herpes gestationis et relations de l'Herpes gestationis et de la dermatite herpetiforme. The medical News nov. et juillet 1884 et pc. 1885.

— Amer. Journal of medecine sciences 1890.

— Traité pratique des maladies de la peau. Traduction du Dr T. Barthelemy et Dr A. Colson 1883, p. 247.

— Preliminary note on the relation of dermatitis herpetiformis to Herpes gestationis and other simular froms of dieses. The Med. News Phila. 1884. XIV. p. 570.

— Relations de l'Herpes de la grossesse et des autres formes de maladies avec la dermatite herpetiforme. The medical News. Phila, p. 421. 17 oc. 1885.

— Case of dermatitis herpetiformis multiformis aggravated by pregmay and irregular menstruation. The medical news, 19 juil. 1884.

Eliocheff. O.: Sur la valeur de l'éosinophilie dans les dermatoses bulleuses et spécialement dans la dermatite herpetiforme de Duhring. Le Sang. 2^e année, N° 1, 1928, p. 1 et 3.

Sur la valeur de l'éosinophilie dans les dermatoses bulleuses et spécialement de la dermatite herpetiforme de Duhring. Annales Brasileiros de Dermatologie e syph. Années IV, N° 2, 1928, p. 9.

— Contribution à l'étude de la maladie herpetigorme Acto Dermatò Venerologie, vol. IV, fas. 2.

Elliot: New Y. medical journal 1887.

- The american journal of med. sciences nov. 1892, p. 553. Three cases of Dermatitis herpetiformis originating from causes connected with the uterine organs.

Prof. *Fournier*: Clinique sur l'Herpes gestationis. Bull. Médical 1892, p. 552.

Franck Ed.: Ueber den Zusammenhang von genitallenden mit Hautaffectionen. (Zeitschrift für Heilkunde, 1890, t. XI, p. 107.)

Fridmann-Martin: Contribution à l'étude de la dermatite herpétiforme Arch. für Der. und syph. p. 159. N° I, 1929.

Gailleton: Traité des maladies de la peau, Paris 1874, p. 289.

Galatz-Petrini: Un cas de dermatite herpétiforme hypertrophiante et végétante. Bull. de la Soc. de dermat. et de syph., p. 383. 1911.

- Sur une observation de dermatite polymorphe douloureuse herpétiforme subaigue non récidivante. Annales de dermatologie et de syph. 1912, p. 397.

Gastou: Annales de dermatologie et de syph. 1896, p. 375.

Gate et Treppoz: Dermatoses bulleuses et récidivantes des pieds et des régions poplitées avec atrophie et pigmentation consécutive. Maladie de Duhring atypique. Soc. de Dermat. et de Syph., p. 829. 1930.

Gaucher: Traité des maladies de la peau.

Gaucher et Claude: Bul. de la Soc. franç. de dermat. et de syph. 1896. p. 457.

Gougerot: Leçons de la clinique. Baudelocque Fascicule, N° 2, 9 avril 1924.

Gougerot, Bartelety et P. Uhry: Dermatite polymorphe douloureuse de Duhring Brocq, bulles et longs plaques érythémateux, formes atypiques de la dermatite de Duhring Brocq. Bull. de la Soc. de Dermat. et de syph. 1929, p. 251.

- Formes minimales de la dermatite polymorphe douloureuse de Duhring. Soc. de Derm. et de syph. 1930, p. 1167.

Gougerot, Clara et Jean Weill: Formes érythémato-squameuses résiduelles de la dermatite polymorphe de Duhring Brocq, formes atypiques de la maladie de Duhring. Bull. de la Soc. de dermat. et de syph., p. 1165. 1930.

- Gibert*: Traité pratique des maladies de la peau. 1860, p. 144.
- Gilibert*: Monographie sur le pemphique. 1813.
- Gottheil*: Erythéma multiformis gestationis. J. Cutan des incl. syph. N. Y. 1911. XXIX 106.
- Golay*: Sympathiques et Dermatoses. Annales de Derm. 1922.
- J. E. Graham*: Transactions of the American dermatological association 1888.
- Gron K.*: Dermatitis gestationis. Norsk Mag. Lægevidensk K. Kristiania 1896 — 4. R. XI. 1 à 10.
- Alfredo J. Guiroy et Luis A. Cordeviala*: Dermatoses polymorphes douloureuse Herpes gestationis dans l'état puerpéral. Soc. d'obst. et de gynécologie de Buenos-Aires. (Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyné 1931, p. 671.)
- Grintchar J. N.*: A propos de la dermatite herpétiforme de Duhring. Rousski. Vestnik. Dermatologie N° 2, fév. 1924.
- Hallopeau*: Pathogénie de la dermatite polymorphe. (Ann. de derm. et de syph. 1889, p. 564.)
- Hallopeau et Têtes*: Alcaloïde phlogogène de la dermatite herpétiforme. Semaine médical, 11 août 1891.
- Annales de dermatologie et de syph. 1896, p. 374.
- Diagnostic de la dermatite herpétiforme et de la dermatite pustuleuse chronique en foyers à progression excentrique. Ann. de derm. et de syph. 1892.
- Hardoin*: Thèse de Paris, 1901.
- Hardy*: Leçons sur les maladies de la peau, 2^e éd., 2^e partie, p. 136, 1863. Traité des maladies de la peau, p. 216. 1886. Thèse de Hassan Mahmoud, p. 87, 1868.
- Hartzell M. B.*: Toxic dermatoses dermatites herpétiformis pemphigus and some other bullous affections of un certain place. Journal of Cutaneous diseases, mars 1912, p. 119.
- Halton Leonee*: Contribution à l'étude de la dermatose gravidique autoxique. Thèse de Paris, 1913.
- Hebra*: De quelques affections de la peau survenues chez les femmes enceintes pendant la grossesse et la puerpéralité. Wiener méd. Wochensch. XXII, p. 48. 1872.
- Mac Murcliq Helen*: Herpes gestationis. Canad. Pract. et Rev. Toronto 1903, XXVIII 32.

- Hirigoyen*: Bull. de la Soc. d'obst. de Bordeaux 1899. Journal de médecine de Bordeaux 1899.
- Marcel Hudelo*: Maladies de la peau.
- Isbister J. L. T.*: Pregmacy with herpes gest. M. J. Australia, 2 nov. 5 — 27, p. 648-649.
- Ittmann et Ledermann*: Die dermatitis herpetiformis und ihre Rezrehungen zu verwandeltem affectiomen. (Arch. für Derm. und Syph. 1892, p. 381). Rapporté par Doyon dans les annales de dermat. et de syph. 1892, p. 653.
- Jaccoud*: Clinique de la Charité, Paris, p. 470.
- Jones B.*: Annales de dermatologie et de syphiligraphie, p. 76. 1892.
- H. Jones*: Hydroa (Medical Times and gazette, p. 248, 6 sept. 1872.)
- Jourdanet*: Un cas de dermatite polymorphe douloureuse de la grossesse. Province méd. Lyon, 1899, XIII 49-51.
- Kaposi*: *Impetigo herpetiforme*. (Viertelj. d. Derm. und syph. 1887, p. 273.)
- Pathologie et traitement des maladies de la peau. Traduction de Besnier et Doyon, 1891.
- Kermauner Fritz*: Traitement des Toxicoses de la grossesse. Wiener Clinische Wochenschrift, t. XLIII, N° 24, 12 juin 1930.
- Klein*: Pemphigus. Allgemein. Wiener med. Zeitung, 6 août 1887.
- Köbner*: Arch für dermat. and syph. 1899. Sur l'existence d'un pemphigus aigu.
- Krzyszalowicz et Grzybowski*: Przegląd dermatol. T. XXII, N° 4, déc. 1927, p. 432.
- Lams*: La valeur de l'éosinophilie au point de vue du diagnostif en dermatologie. (Rev. de Méd. 1907, N° 5 et 6.)
- Leloir*: Recherches cliniques et anatomiques, pathologiques sur les affections cutanées d'origines nerveuses. Thèse de Paris, 1831. Dermatoze par choc. (Ann. de dermat. et syph. 1887.)
- Laurentie*: Dermate polymorphe prurigineuse recidivante ayant apparu au cours de deux grosses gemillaires successives. Soc. d'obst. et de gyn. de Toulouse, 23 mai 1923.
- Lerrede et Perrin*: Etude histologique sur le liquide des vésicules et des bulles. Soc. de Derm. et de syph. 1895, p. 160.

- Annales de derm. et de syph. 1895, p. 231-452.
Année 1896, p. 346. Bulletin de la soc. franç. de
derm. 1898.
- Les hermatodermes. La pratique dermatologique
de Besnier, Brocq, Jacquet 1902. Archives générale
de méd. 1899.
- Levieng*: Clinical remarks on a case of herpes gestationis.
The Lancet, p. 783, 1^{er} juin 1878, Hydroa gesta-
tionis.
- Levy Solal*: Gynécologie et obstétrique, N° 5. 1922.
- Lévy, Franckell et Juster*: La thérapeutique interne des
dermatoses. La Médecine, avril 1925.
- Levigne*: Thèse de Paris 1911.
- Little G.*: Case of dermatitis herpetiformis during pre-
gnancy. Brit j. Derm. Lond. 1903. XV, p. 452.
- Un cas de dermatite herpétiforme (type hydroa ges-
tationis) (Preceddings of the Royal soc. of Medecine
(Dermat. section) mai 1917, p. 102.
- Lortat, Jacob et Bourgeois*: Hyperglycemie et affections
cutanées. Bull. de la Soc. des Médecins des Hôpi-
taux, 23 avril 1926.
- Louste, Cailliau et Boudin*: Un cas de dermatite poly-
morphe. (Duhring Brocq. Bull. de la Soc. de derm.
et vén., 1930, p. 359.)
- Louste et Pinoche*: Dermatite polymorphe, pemphigus con-
genital. Bull. de la Soc. de derm. et de syph. 1923,
p. 633.
- Martillière*: Thèse de Paris 1928.
- Mackensie*: Dermatitis herpetiformis. British Journal of
dermatologie, 1893.
- Mayer et Linser de Tubinger*: Essai de Traitement des
dermatoses gravidiques pour les injections intra-
veineuses de sérum de femme enceinte. Münchener
medizinische Wochenschrift de 1910, N° 52.
- Meier*: Arch. für Anat. und Physiol. Band 94. 1884.
- Menahein, Hodara P.*: Recherches histologiques sur un cas
de dermatite herpétiforme à variété pustuleuse.
Monatshefte für prakt. Derma. 1909. t. 49, p. 141 et
196.
- Millian et Lereboullet*: Erythème centrifuge et maladie de
Duhring. Bull. de la Soc. de Der. et de Syph. 1930,
p. 1295.
- Milton*: Journal of cutaneous medical SciencesI, n° 3,
p. 311, 1869.

- Morris*: Annales de dermatologie et de syphiligraphie, p. 903, 1902.
- de Molènes-Mahon*: Thèse de Paris 1884, p. 290. Erythème polymorphe (contribution à l'étude des maladies infectieuses).
- Neumann*: Traité des maladies de la peau.
- J. Nicolas et J. Rousset*: Cas de maladie de Duhring Brocq. Bull. de la Soc. de Derm. et de syph. 1929, p. 225.
- Nodet*: Thèse de Paris, 1880, p. 117.
- E. Noyes*: Australian medical journal 1889.
- L. M. Pauthier et Lanzenberg*: Forme de passage entre la dermatite polymorphe de Duhring Brocq «l'herpes gestationis et le pemphigus végétant». (Bull. soc. francs. de Germet. et syph. 33: 746-757. déc. 1926.)
- Alfred Penitz et Stefanie Guttmann*: Sur le chemin pathologique et hypersensibilité vis-à-vis de l'iode dans la dermatite polymorphe de Duhring. Arch. für Dermatologie und syphilis. vol. CLVIII, p. 587.
- Pernet J.*: Pemphigus et dermatite herpétiforme. Britisch. journal of Derm. janv. 1910, p. 1.
- Perondi G.*: Sulla patogenesi dell herpes gestationis. (Clin. est. Roma. 1925, XXVII, p. 225.)
- C. Perrin*: De la dermatose de Duhring au cours de la grossesse. Thèse de Paris, 1895.
- Poincloux P.*: La dermatose de Duhring n'est-elle pas provoquée par un virus ecto dermo neurotrope. Soc. de biologie, 19 janvier 1924.
- Pollitzer S.*: Remarks on the dermatoses of pregnancy. Ann. J. obst. N. Y. 1906, p. 199-204
- Radcliffe Crocker-Hydroa*: The Britisch med. journal, p. 966, 22 mars 1886, obs. I, analysé dans les annales de dermatologie de 1887.
- Rayer*: Traité pratique de théorique des maladies de la peau. T. I, p. 885.
- Ribemont, Dissaignes et Lepage*: Précis d'obstétrique, Paris.
- Richard Raoul*: Thèse de Paris, N° 32, 1925.
- Romeur M.*: Sur la présence des cristaux de Charcot dans les bulles de la dermatite de Duhring Brocq. Soc. de Biol. 15 déc. 1923.
- R. H. Sabin*: Journal of cut and venereal 1886, p. 172. Pemphigus suivi d'albumine. Communication faite à la Société de Troy, 6 avril 1886.

- Saison*: Les dermatoses dans leurs rapports avec les dyspepsies. Thèse de Paris 1901-1902.
- Sauvage*: Bulletin de la Société d'obst. de gynécol. et de Pédiatrie, janvier 1906, presse médical 1906.
- J. Schramm*: Berliner. Cliniche Wochenschrift, N° 42, p. 626, 21 octobre 1878.
- Sclicnickel*: Recherches hématologiques dans l'impetigo contagieux, l'herpes noueux et l'herpes gestationis. Annales de la Soc. de méd. de Gand. Vol. LXXXIV, 1904.
- Sechi T.*: Observation hématologique et bactériologiques sur un cas de dermatite herpétiforme. Gazetta Innemazionale de Medicina Chirurgica, Egiena. 1911, N° 11-12.
- Seitz Ludwig*: Les intoxications et les dyscrasies de la gestation au point de vue de l'étude moderne. Monatschrift für geb. und gym., vol. LXXI, cahier 6 f., 1927.
- Serge Selitzky*: Les dermatoses, les toxidermies et les melanodermies de la grossesse (gynécologie et obstétrique), Tome XXI, N° 1, janvier 1930.
- A. Severi*: Dermatite polemorfa smetrica in gravidanza. Ressegna si se med. Moderna 1902. 1903, vol. XVII, p. 95-96, p. pl.
- Sherwels*: Case of impetigo herpetiformis. Journal of Cutaneous Diseases, 1889.
- Silicia EL.*: Diagnostico difemrencia de la sifilis y el herpes gestationis en las recien paridas (Soglo Med. Madrid 1917, Pl. 896).
- Walter G. Smith*: The Dublin Journal of the Medecine Science, p. 70. Fait curieux d'éruption probablement d'origine nerveuse, liée manifestement à la grossesse. 1881.
- Spilmann L. et Watrin*: Peau et glandes endocrines. La médecine, nov. 1929.
- La pigmentation cutanée acquise étiologie pathogénie et traitement. La médecine 1929, 25 nov., page 126.
- Stanley*: Gale Herpes gestationis. The lancet, p. 601, 17 avril 1880.
- Telger*: Herpes gestationis. Nederl. Tydschr v. Geneesk. Amst. 1904, 2 r. XI, d. 2 p. 1117-1121.
- Tenneson*: Dermatite de Duhring (Ann. de derm. et syph. 1889, p. 23). Traité de dermatologie 1893.

- Tommasi*: Herpes gestationis suivi d'herpes menstrualis éruption herpétique transitoire chez le Fœtus. *Griom. étal. della mal. venee della pelle fasc.* 1922, page 669.
- Tommasi L.*: Contributo alla conescenza della herpes gestationis *gior. ital. d. mal ven.*, Milano 1929, IXV 340. 332. 2 planches.
- Torok L.*: Dermatitis herpetiformis Duhring und Herpes gestationis. *Pest med. chir. Press. Budapest.* 1897, XXXIII 537. 561.
- Towle H. P.*: Dermatitis herpetiformis Herpes gestationis Boston M. et S. J. 1907. CIVII, p. 825.
- Unna*: Ueber die Duhring Krankheit und eine Form derselben, 1889. *Anat. path. des mal. de la peau*, 1894.
- Urechia Tatain*: L'encephalite du lapin produite par les bulles de la Dermatite de Duhring (*Art. médical*, sept. 1924).
- Valenski*: De l'influence renale dans la dermatite herpetiforme. Thèse de Paris, 1895.
- Vidal*: Dermatite herpétiforme (*Ann. de dermat. et syph.* 1890, p. 875. Réunions cliniques de l'Hôpital Saint-Louis, 1888-1889, p. 220. Dermatose gravidique autotoxique. Thèse de Paris, 1906.
- Vignes H.*: Physiologie obstétricale. Paris 1923.
- Veiel*: Traitement des dermatoses gravidiques avec les injections intraveineuses de sérum femmes enceintes normales. *Münchener medizinische Wochenschrift*, 1910, N° 52.
- Walter G. Smith*: Fait curieux d'éruption, probablement d'origine nerveuse, lié manifestement à la grossesse.
- Wickham*: Der Polymorphe (*Ann. de dermat. et syph.* 1893).
- J. C. White*: Dermatitis gestationis. The history of a recurrent dermatitis. *Boston Med. ans S. Journal*, 1889.
- Willian Robert*: On cutaneous diseases London, 1808.
- Wilson*: On dreases of teh Skin, London 1867, p. 294.
- E. Wilson*: On diseases of the skin, London 1867, p. 274. «Herpes circinatus billosus».
- John Wood*: A case of post partum pemphigus. *The lancet*, 10 mars 1888.
- R. S. Woswald*: A particular skin éruption occurin Duhring piegmens. *The lancet*, 10 juin 1882, p. 951.
-

